UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER
118, Route de Narbonne — 31-TOULOUSE

ANNÉE 1971 N° 120

Anomalies Congénitales Utérines

Interventions de Type Strassmann

Suites Obstétricales

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1971

PAR

Michel DUMAS
Externe des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY....

MM. A. PONTONNIER	*Président*	
J. POULHES		
M. MONROZIES	*Assesseurs*	
G. ESPAGNO		
G. BASTIDE	*Suppléant*	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543907_0015

Anomalies Congénitales Utérines

Interventions de Type Strassmann

Suites Obstétricales

Michel DUMAS

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER
118, Route de Narbonne — 31-TOULOUSE

ANNÉE 1971 N° 120

Anomalies Congénitales Utérines

Interventions de Type Strassmann

Suites Obstétricales

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1971

PAR

Michel DUMAS

Externe des Hôpitaux

Membres du Jury....	MM	A. PONTONNIER	*Président*
		J POULHES	*Assesseurs*
		M. MONROZIES	
		G. ESPAGNO	
		G. BASTIDE	*Suppléant*

Anomalies Congénitales Utérines

Interventions de Type Strassmann

Suites Obstétricales

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Président de l'Université	M. LARENG	Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN	M. MONNIER
Vice-Président	M. MATHIS	Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL	M. ENJALBERT

HONORARIAT

Doyen honoraire	M. LAZORTHES	Doyen honoraire	M. CALVET
		Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Professeur honoraire	M. VALLOIS	Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. TAPIE	Professeur honoraire	M. BOUISSET
Professeur honoraire	M. DELAS	Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. RISER	Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. BUGNARD	Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. VINCENT		

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan	Anatomie Pathologique	M. FABRE Jacques	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan	Anatomie Appliquée	.....	.....
Clinique Chirurgicale	M. FICAT	Rangueil	Anesthesie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil	Bactériologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan	Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	M. PASQUIE	Purpan	Byophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
			Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique	M. RIEUNAU	Purpan	Chimie Biologique	M. VALDIGUIE P.	Rangueil
			Electro-Radiologie	M. MARQUES	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil	Embryologie Générale	M. BROUSSY Jean	Purpan
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan	Hématologie	M. RUFFIE Jacques	Purpan
			Histologie	M. BIMES	Rangueil
Clinique des maladies des voies urinaires	M. LHEZ	Purpan	Hydrologie, Therapeutique et Climatologie	.....	.....
Clinique des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan			
			Hygiene et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
Clinique Médicale Infantile et Puériculture	M. SOREL	Rangueil	Immunologie	M. DUCOS	Purpan
Clinique Médicale de la première enfance	M. BARDIER	Purpan	Médecine Légale et Médecine du Travail	M. PLANQUES	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G	Rangueil			
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil	Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil	Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. SENDRAIL	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil			
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil	Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
			Physiologie	M. LAPORTE Yves	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale	M. CALVET	Purpan	Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISSET	Rangueil
Clinique de Pneumo-phtisiologie	M. DELAUDE	Purpan	Semeiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE Jacques	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE René	Purpan	Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan			
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan			

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil	Pathologie Medicale	M. BOULARD	Purpan
Anatomie Pathologique	M. BOUISSOU	Rangueil	Physiologie	M. MONTASTRUC	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil	Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Histologie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan	Pneumo-Phtisiologie	M. MIGUERES	Rangueil
Oto-Rhino-Laryngologie	M. CLAUX	Rangueil			

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan	Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan	Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil	Pédiatrie	M. DALOUS	Purpan
Carcinologie	M. ESTRADE	Purpan	Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO Jacques	Purpan
Chirurgie Générale	M. GEDEON	Rangueil	Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil	Médecine Générale Therapeutique	M. SUC	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan	Pédiatrie	M. REGNIER	Purpan
Electro-Radiologie	M. PONS	Purpan	Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil			

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie et Organogénèse	M. JUSKIEWENSKI	Rangueil	Médecine du Travail	M. PUJOL M.	Purpan
Anesthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil	Nephrologie	M. CONTE Jean	Purpan
Bcatériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil	Neurochirurgie	M. LAZORTHES Y.	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil	Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie		
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan	plastique	M. UTHEZA Guy	Rangueil
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Rangueil	Parasitologie	M. LARROUY	Purpan
Chirurgie Générale	M. ESCAT Jean	Rangueil	Pédiatrie Génétique Médicale	M. ROCHICCIOLI	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan	Pneumo-Phtisiologie	M. ALBAREDE J.L.	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil	Pneumo-Phtisiologie	M. JOVER	Rangueil
Dermatologie, Vénéréologie	M. DUPRE	Rangueil	Physiologie	M. GERAL J.P.	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M. PONTONNIER Georges	Rangueil	Physiologie	M. PAGES B.	Purpan
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Rangueil	Radiologie	M. COMBES P.	Purpan
Immunologie, Hématologie, Maladies du			Rhumatologie	M. FOURNIE A.	Purpan
Sang	M. BIERME R.	Rangueil	Thérapeutique	M. DENARD	Purpan
Médecine Générale	M. RASCOL	Purpan	Thérapeutique, Réanimation Médicale,		
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BES	Rangueil	Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	M. SALVADOR M.	Purpan
Médecine Interne	M. FEDOU R. .	Purpan	Urologie	M. PONTONNIER Francis	Purpan
Médecine Interne	M. LE TALLEC	Rangueil			
Médecine Légale	M. GREZES-RUEFF	Purpan			

AGREGES

Chirurgie Générale	M. GAUBERT	Purpan	Ophtalmologie	M. BEC	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M. SOUQUET	Purpan	Pathologie Expérimentale	M. GLEIZES	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. DIEULAFE	Rangueil	Obstétrique	M. ESPAGNO G.	Rangueil

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie	M. LABOUCARIE	Purpan

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université	M. PRINEAU J.P.

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891)

Je dédie ce travail :

A MA FEMME

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur A. PONTONNIER

Professeur de Chirurgie Obstétricale
Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

Vous nous avez aimablement ouvert votre service et permis de réaliser ce travail en nous confiant vos observations.

Vous nous faites le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le PROFESSEUR J. POULHES

Professeur de Clinique Chirurgicale
et gynécologue
Chirurgien des Hôpitaux

Vous nous avez marqué par la rigueur et la clarté de vos leçons.

Nous sommes heureux de pouvoir vous exprimer ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le PROFESSEUR M. MONROZIES

Professeur d'accouchement et d'obstétricie sociale
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux

Nous avons pu bénéficier des brillantes qualités de votre enseignement tant théorique que clinique.

Veuillez trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Monsieur le PROFESSEUR G. ESPAGNO

Professeur agrégé d'obstétrique.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger à notre Jury de Thèse.

Nous vous exprimons nos respectueux remerciements.

Monsieur le PROFESSEUR G. BASTIDE

Professeur d'Anatomie
Chirurgien des Hôpitaux.

Nous tenons à vous remercier de l'enseignement précis que vous nous avez toujours donné, mais aussi de la responsabilité que vous nous avez confiée, dès le début de nos études médicales, dans votre service.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le DOCTEUR Jean FOURNIE

Assistant des Hôpitaux

Vous nous avez toujours réservé un accueil bienveillant.

Nous admirons la clarté de votre esprit et de votre enseignement.

Recevez ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le DOCTEUR Robert FOURNIE

Médecin attaché des Hôpitaux

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le DOCTEUR BAUX

Ancien Chef de Clinique

A Monsieur le DOCTEUR FAVAREL

Chef de Clinique

Nous vous remercions de la bienveillance que vous nous avez toujours témoignée.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A NOS CAMARADES D'EXTERNAT

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE OBSTETRICALE ET DE LA METERNITE.

P. STRASSMANN, parmi les premiers, réalisa une intervention capable de palier aux complications des malformations congénitales utérines par arrêt de développement. Pour permettre à des femmes, vouées en particulier à des interruptions de grossesse précoces et fréquentes, de mener à terme leur grossesse, P. STRASSMANN proposait de "reprendre et d'améliorer grâce au secours de la chirurgie ce que l'ontogenèse avait laissé inachevé".

L'étude des 17 observations que nous avons colligé (toutes sélectionnées en vue d'une utéroplastie) va nous permettre :

- de dégager l'incidence de ces malformations sur le plan gynécologique et obstétrical.
- d'envisager les différents types d'utéroplastie.
- enfin de présenter les modifications apportées par ces interventions.

Au terme de ce travail, nous essayerons de définir la conduite à tenir vis-à-vis des malformations congénitales utérines et de préciser les différentes indications opératoires.

Avant d'aborder ces problèmes, un bref rappel embryologique du système mullérien va faciliter l'étude de la genèse de ces malformations et permettre d'établir une classification.

- S O M M A I R E -

Pages

- Organogénèse de l'appareil génital féminin. 3
- Classification des anomalies congénitales utérines. 8
- Observations sélectionnées en vue d'une intervention. 21
- Incidences gynéco-obstétricales des malformations. 38
- Techniques chirurgicales. 52
- Incidences gynéco-obstétricales des interventions de type Strassmann. 59
- Conduite à tenir vis-à-vis des malformations utérines. 65

Conclusions.

-=-=-=-=-

./.

ORGANO GENESE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ

* STADE INDIFFERENCIE.-

- Développement des canaux de Wolff
- Développement des canaux de Müller

* DIFFERENCIATION DE TYPE FEMININ.-

- Involution des canaux de Wolff.
- Développement des canaux de Müller.
  - Accolement
  - Comblement
  - Résorption

-=-=-

./

- ORGANOGENESE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ -

Ce bref rappel du développement de l'appareil génital féminin nous amène également à envisager celui des voies urinaires.

On observe, dans un premier temps, une organisation des canaux de Wolff et de Müller identique aux deux sexes (stade indifférencié). Secondairement des principes hormonaux, élaborés en fonction du sexe "chromosomique" par les ébauches gonadiques, déterminent une différenciation de ces deux systèmes suivant le type masculin ou féminin. (Stade de différenciation).

STADE INDIFFERENCIE.-

* Développement des canaux de Wolff.-

Dès la 3ème semaine au niveau de la région pronephrotique on observe la formation des canaux de Wolff qui viennent rapidement s'ouvrir dans le cloaque devenant les voies excrétrices du pronephros puis d'une partie du mesonephros (Rein embryonnaire).

Vers la cinquième semaine les bourgeons uretéraux provenant de la partie inférieure des canaux de Wolff se dirigent vers l'ébauche métanephrotique (ébauche du rein définitif) et conditionne la différenciation du blastène rénal.

Cette ébauche subit à la fin du deuxième mois un mouvement de rotation et d'ascension.

* Développement des canaux de Müller.-

Ces canaux se développent plus tardivement vers la sixième semaine et progressent lentement (pendant trois semaines) en direction du cloaque. Leur trajet peut être divisé en trois parties bien distinctes.

- une partie supérieure se situant en dehors du Canal de Wolff sur la face externe du mesonephros.

./.

Schematisation du stade indifferencie

PRONEPHROS
MESONEPHROS
Ebauche gonadale
CM : Canal de MÜLLER
CW : Canal de WOLFF
cordon genital
METANEPHROS
Bourgeons Ureteraux
Sinus urogenital

CM
CW

Differentiation de type feminin :
① involution de, canaux de WOLFF

METANEPHROS
(Rein definitif)
vestiges embryonnaires :
, organes de ROSEN-MÜLLER ...
Ovaire
involution du canal de WOLFF
ébauche des ureteres
Canal de Gardner (±)
Portion Wolffienne du Sinus uro-genital

Differentiation de type feminin.
② developpement des canaux de MÜLLER.

6-9 cm ♂

• Developpement Progression des CM

10 cm ♀

• Accolement au niveau du cordon genital

11-13 cm ♂

• Comblement de bas en haut de la region moyenne des CM

• Resorbtion de haut en bas de la region inferieure des CM

14-17 cm ♂

• Resorbtion de la portion moyenne des CM

- Une partie moyenne où ils croisent en avant les canaux de Wolff et se dirigent vers la ligne médiane.

- Une partie inférieure : les deux canaux côte à côte viennent s'aboucher à la partie postérieure du sinus uro-génital entre les orifices des canaux de Wolff formant à ce niveau le cordon génital. A leurs extrémités les canaux de Müller possèdent une extrémité pleine.

DIFFERENCIATION DE TYPE FEMININ.-

* Involution des canaux de Wolff.-

On observe l'involution du segment sous jacent au pronephros et au mesonephros il persiste seulement des vestiges embryonnaires (vésicules inominées, organe de Rosenmuller, canal de Gardner).

Par contre la prolifération des bourgeons uretéraux sont toujours en contact avec le métanéphros.

* Développement des canaux de Müller.-

- La partie supérieure du canal, à l'origine des trompes de Fallope, devient horizontale en suivant la migration de l'ovaire; son extrémité ouverte dans la cavité péritonéale se développe et coiffe l'ovaire.

- Evolution de la partie inférieure et moyenne du canal de Müller.

. Dans un premier temps on observe :

- un accolement rapide, au niveau du cordon génital, des parois internes des deux canaux; avant la 10ème semaine l'extrémité inférieure des canaux prolifère puis se creuse (ébauche mullérienne du vagin).

- ensuite, de la 10ème à la 13ème semaine, l'espace triangulaire séparant les deux portions moyennes des canaux, se comble progressivement de bas en haut.

. Dans un deuxième temps on note un phénomène de résorption.

./.

- Dès la 13ème semaine, commence la résorption de haut en bas à partir de la future région isthmique de la cloison sagittale (cervicale et vaginale).

- La résorption de la cloison corporeale triangulaire s'effectue de bas en haut à partir de la région isthmique et se termine vers le cinquième mois.

En résumé l'organogénèse du système mullérien comporte trois phases successives :

. Une première phase de développement et de progression des canaux de Müller en direction du cloaque.

. Une deuxième phase d'accolement et de comblement de la partie inférieure et de la région intermullérienne.

. Une dernière phase qui comprend la résorption de la cloison inter mullérienne.

Parallèlement à ce schéma on peut décrire trois grandes familles d'anomalies congénitales utérines suivant la précocité de l'arrêt du développement.

* Les AGENESIES UTERINES, traduction d'un arrêt précoce du développement au cours de la première phase.

* Les DEMI MATRICES, secondaires à un défaut d'accolement des canaux de Müller.

* Les UTERUS CLOISONNES, par défaut de résorption de la cloison médiane.

Envisageons maintenant l'étude succincte de ces grandes familles d'anomalies congénitales par arrêt du développement.

./.

- C L A S S I F I C A T I O N -

CLASSIFICATION DES ANOMALIES CONGENITALES UTERINES PAR ARRET DE DEVELOPPEMENT. (d'après le Pr. P. Müller)

* AGENESIES UTERINES.-

  - formes bilatérales (symétriques (asymétriques
  - formes unilatérales (utérus unicornes vrais (utérus speudo unicorne (faux utérus unicornes

* LES DEMI MATRICES.-

  - utérus bicornes bicervicaux.
  - utérus bicornes unicervicaux.

* LES UTERUS CLOISONNES.-

  - utérus cloisonnés apparemment bicervicaux.
  - utérus cloisonnés à col simple.

TECHNIQUES PERMETTANT DE DETERMINER LE TYPE EXACT DE MALFORMATIONS.

* HYSTERO SALPINGOGRAPHIE.-
* COELIO SCOPIE.-
* MISE EN EVIDENCE DE MALFORMATIONS ASSOCIEES.-

-=-=-=-

./.

Nous présentons ici la classification des malformations par arrêt de développement établie par le Professeur P. MULLER. Envisageons successivement les trois grandes familles correspondant aux trois phases embryologiques :

- Les AGENESIES
- Les DEMI MATRICES
- Les UTERUS CLOISONNES

AGENESIES UTERINES.-

Ces anomalies traduisent un arrêt de développement au cours de la phase de prolifération et de progression des canaux de Müller. Ces agenésies sont plus ou moins complètes suivant qu'elles atteignent un ou deux canaux on distingue :

A.- Formes bilatérales.-

L'arrêt du développement peut survenir au début ou à la fin de la progression des canaux. Le Pr. P. Müller considère huit éventualités principales suivant que l'agenésie est complète ou partielle intéressant alors le secteur tubaire, utérin ou cervico-vaginal.

1.- Agenésies bilatérales symétriques :

Anomalies rares. Parmi les huit possibilités théoriques seule la cinquième correspondant aux cornes utérines non canalisées avec aplasie vaginale se rencontre caractérisant le substractum anatomique du syndrome de Rokitansky - Kuster - Hauser. Dans 5 % des cas il existe une agenésie rénale et dans 5 % une ectopie, exceptionnellement bilatérale.

Les agenésies bilatérales plus complètes sont le plus souvent associées à des malformations viscérales majeures incompatibles avec la vie.

./.

2.- Agenésies bilatérales asymétriques.-

Elles devraient en théorie être très nombreuses vu les huit possibilités élémentaires. Ces formes sont en réalité très rares et le Pr. P. Müller retient principalement 4 formes dont la caractéristique commune est l'existence, d'un côté, d'une corne utérine rudimentaire non canaliculée et de l'autre soit d'une agenésie gonado mullérienne complète, soit d'une agenésie mullérienne isolée plus ou moins complète.

B.- Agenésies unilatérales.-

Ici un des canaux se développe normalement s'abouchant au sinus urogénital. L'autre canal subit plus ou moins tôt un arrêt de développement suivant la précocité de cet arrêt on distingue trois groupes :

1.- Les utérus unicornes vrais.-

L'arrêt de développement survient ici avant le développement de la portion moyenne des canaux de Müller.

4 formes possibles :

- agenésie gonado mullérienne complète (fig. 1).
- agenésie mullérienne isolée (fig. 2).
- développement seulement du pavillon (ovaire +)
- un ovaire avec trompe plus ou moins complète (fig. 3).

Sur le plan urinaire on note une anomalie du haut appareil du côté de l'agenésie le plus souvent caractérisée par une absence du rein et de l'uretère homolatéral.

2.- Utérus speudo unicornes.-

Il existe ici une corne utérine controlatérale mais elle est anormale ne communiquant ni avec la corne normale ni avec la cavité vaginale. Suivant l'importance de la malformation on distingue du côté de l'agenésie soit :

./.

AGENESIES UNILATERALES

* UTERUS UNICORNES VRAIS

1

2

3

* UTERUS [illegible] UNICORNES

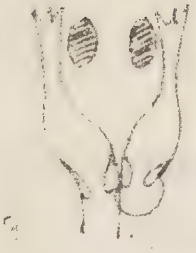
4

5

6

* UTERUS UNICORNES [illegible]

7


8

9

- corne rudimentaire non canaliculée (fig. 4)
- cavité endométriale mais close (fig. 5)
- cavité endométriale borgne communiquant avec la trompe à laquelle elle est appendue (fig. 6)

Le pourcentage des anomalies urinaires est ici de 10 % (dont 5 % d'agenésies homolatérales).

3.- Faux utérus unicorne ou radiologique.-

Il s'agit d'utérus d'aspect bicorne, mais le Pr. P. Müller estime qu'il est plus logique, étant donné qu'il y a d'un côté un certain degré d'agenésie correspondant à la troisième étape de la première phase, de les classer parmi les agenésies plutôt que dans le groupe des utérus bicornes qui constituent une anomalie caractéristique de la deuxième phase.

On observe du côté agenésique :

- soit une agenésie cervicale (fig. 7)
- soit une agenésie vaginale (fig. 8)

On décrit une forme identique mais avec communication corporéale au niveau de la région isthmique (fig. 9).

LES DEMI MATRICES.-

Les demi matrices sont des malformations liées à un défaut d'accolement des canaux de Müller entraînant la persistance plus ou moins complète de leur dualité.

Extérieurement dans cette famille, les corps utérins ont un aspect bicorne, suivant l'aspect de la région cervicale on distingue deux groupes : utérus bicornes bicervicaux ou unicervicaux.

Utérus bicornes bicervicaux.-

1.- Utérus didelphes vrais.

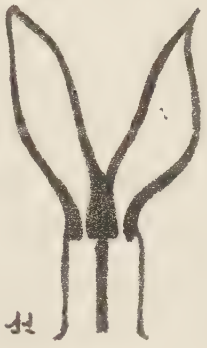
. Ici la dualité des deux canaux est complète.

./.

LES DEMI MATRICES.

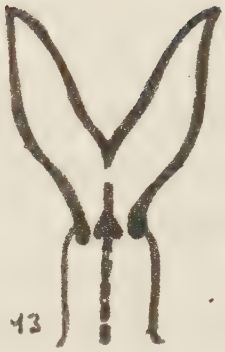
UTERUS BICORNES BICERVICAUX.

10 utérus didelphe



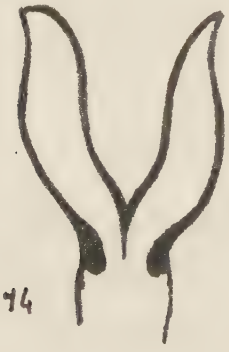
11 ut. pseudo didelphe

12 ut. bicorne bicervical pur. ou pseudo didelphe à vagin. simple.

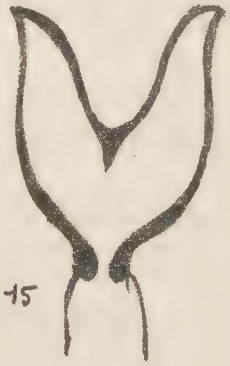


13 ut. biconne bicervical communicant.

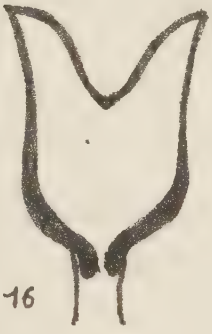
UTERUS BICORNES UNICERVICAUX



14 ut. bicorne unicervical parfait.



15 ut. bicorne unicervical simple.



16 ut. bicorne unicervical à fond échancré

. Malformation caractérisée par : deux hemicorps, deux hemicols, deux hemi vagins séparés et éloignés l'un de l'autre. Exceptionnellement les deux hemi vagins s'abouchent à deux vulves séparées (cas rapporté par Bemmel et Paterson).

. Ces malformations sont rares et coexistent en général avec d'autres anomalies viscérales majeures.

2.- Utérus speudo didelphe.-

. Persistance de la dualité des canaux mais on note ici une juxtaposition au niveau de la région cervico vaginale.

. Ici les deux corps utérins sont complètement indépendants. Souvent entre les deux cornes présence d'un ligament vesico-rectal disposé dans un plan sagittal. Les deux cols accolés présentent deux orifices bien distincts. On note également deux hemi cavités vaginales accolées.

3.- Utérus bicorne bicervical pur (ou speudo didelphe à vagin simple).-

. En réalité c'est un utérus speudo didelphe mais ici la cavité vaginale est normale.

4.- Utérus bicorne bicervical communiquant.-

. C'est un utérus bicorne bicervical avec communication, au niveau de la région isthmique, des deux hemi cavités utérines. Les deux hémicols sont accolés mais bien distincts l'un de l'autre. Il persiste plus ou moins une cloison vaginale.

Utérus bicornes unicervicaux.-

Groupe correspondant à la persistance partielle de la dualité des canaux de Müller. Fusionnés à la partie basse de l'utérus, suivant l'importance de l'accolement de la région inter mullérienne moyenne, on distingue trois variétés principales :

./.

1.- L'utérus bicorne unicervical parfait.-

Il y a ici un accolement parfait et fusion de la région cervicale, mais pas de comblement de la région intermullérienne moyenne.

Cette malformation est caractérisée par un col unique, sur lequel se branchent deux hemi-isthmes indépendants et distincts se continuant par deux cornes également indépendantes et divergentes. Extérieurement possède un aspect bicorne (comme tous les groupes de cette famille).

2.- Utérus bicorne unicervical simple.-

Il existe ici un début de comblement de la région intermullérienne moyenne avec résorption secondaire de ce comblement.

Ici l'utérus est caractérisé par un col unique mais aussi un isthme unique, les deux cornes utérines sont séparées et divergentes.

3.- Utérus bicorne unicervical à fond échancré (ou utérus cordiforme).-

Caractérisé par un col unique, un isthme unique, un corps dont la moitié inférieure est normale et commune la moitié supérieure étant séparée.

Envisageons maintenant la troisième grande famille d'anomalie congénitale utérine.

LES UTERUS CLOISONNES.-

Les utérus cloisonnés sont des malformations traduisant l'absence plus ou moins complète de résorption de la cloison intermyllérienne, correspondant à un défaut de développement au cours de la troisième phase de l'organogénèse du tractus génital féminin. Extérieurement ces utérus ont une morphologie strictement normale, la phase de comblement de la portion inter mullérienne moyenne ayant été complète.

./.

Pour plus de commodité au sein de cette famille on distingue deux grands groupes : les utérus cloisonnés apparemment bicervicaux et les utérus cloisonnés à col simple.

Utérus cloisonnés apparemment bicervicaux.-

1.- Utérus cloisonné total ou utérus septus (fig. 17).-

Ici on note la persistance totale de la cloison. Extérieurement la morphologie utérine est strictement normale. La cloison se termine soit par un bord libre au niveau de l'orifice externe du col soit elle se continue avec une cloison vaginale.

Le col est unique son orifice légèrement élargi est divisé par la cloison.

2.- Utérus cloisonné total communicant (fig. 18).-

Sa structure est identique à celle de l'utérus cloisonné. Mais ici il existe une communication au niveau de la région isthmique. Extérieurement l'utérus a une structure normale.

Utérus cloisonnés à col simple.-

Ici le cloisonnement utérin est partiel suivant l'importance de cette cloison on distingue :

1.- L'utérus cloisonné subtotal ou utérus subseptus unicollis (fig. 19).-

La cloison arrive seulement à la partie inférieure de la région isthmique. Présence ici de deux demi corps, de deux demi isthmes un col unique.

2.- Utérus cloisonné corporeal (fig. 20).-

Extérieurement normal. La cavité utérine est divisée au niveau du corps. La région isthmique étant normale, de même que le col.

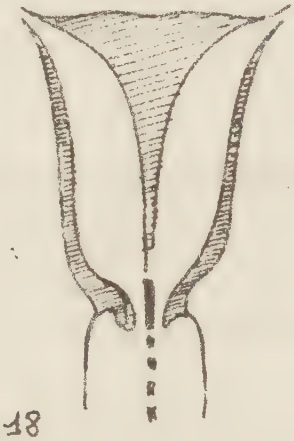
./.

LES UTERUS CLOISONNES.

UTERUS CLOISONNES ARRAREMMENTS BICERVICAUX.

17

• uterus cloisonné
Total.
uterus. septus



18

• uterus cloisonné
total communicant

UTERUS CLOISONNES A COL SIMPLE

19

• uterus sub septus
unicollis.

20

• uterus cloisonné
corporeal

21

• uterus arqué

3.- Utérus arqué (fig. 21).-

Ici présence seulement d'une petite cloison au niveau du fond. L'aspect utérin étant toujours normal extérieurement.

TECHNIQUES PERMETTANT DE DETERMINER LE TYPE EXACT DE MALFORMATION.-

La symptomatologie clinique peut faire suspecter une malformation particulière. Cependant pour établir avec certitude le type d'anomalie, l'étude comparative de deux examens est indispensable :

- d'une part l'examen de la morphologie interne de la cavité par l'hystérographie,
- d'autre part l'examen de l'aspect extérieur de l'utérus par une coelioscopie.

Une fois la malformation précisée on s'efforcera de rechercher une malformation associée en particulier rénale.

Hystero salpingographie.-

Cet examen, actuellement de pratique courante, a permis de mieux connaître ces malformations.

Il n'existe pas de technique particulière. On utilise en général un liquide de contraste de type lipiodol. Dans les cas où il existe deux cols bien individualisés, il est préférable d'injecter le liquide de contraste d'abord dans une seule cavité. Un cliché permettra de dépister une éventuelle communication isthmique. Dans le cas contraire on peut alors à l'aide de deux sondes à embout conique injecter simultanément le liquide de contraste dans les deux hemi-cavités.

Cet examen va nous permettre d'étudier :

. la cavité utérine : sa forme, l'importance de la division des deux cavités, leurs volumes, la séparation et l'angle formé par les deux cornes, leurs situations.

./.

. La morphologie et la situation des trompes, leur perméabilité.

. La région isthmique, étude de la largeur de l'isthme par un cliché d'évacuation (beance si largeur de plus de 8 mm.)

Sur le plan radiologique théoriquement : l'écartement des deux cavités est très important dans le cadre des demi matrices doubles, il est nettement moins pour les utérus cloisonnés. L'angle formé par les deux cavités est de l'ordre de :

- 80° pour les hemi utérus doubles.

- 20 à 30° pour les utérus cloisonnés.

En réalité l'hystérographie isolée ne permet de déterminer le type exact de malformation. On ne peut déduire de l'aspect interne de la cavité la morphologie externe de l'utérus qui seule est précisée par une coelioscopie.

Coelioscopie.-

Cet examen permet de définir :

. l'aspect extérieur de l'utérus.

Il est strictement normal dans le cadre des utérus cloisonnés (dans certains cas on note cependant une légère dépression au niveau du fond mais l'utérus est extérieurement unique. Cette dépression est située au niveau de l'insertion de la cloison).

Par contre les hemi-utérus doubles sont extérieurement divisés.

. l'aspect extérieur et situation des annexes. On peut vérifier également la perméabilité tubaire par une épreuve au bleu.

Avec moins de précision on peut obtenir des renseignements identiques en pratiquant une pneumo pelvographie.

./.

Urographie intra veineuse.-

On associe de manière systématique à ces deux examens une UIV afin de dépister une éventuelle agénésie ou ectopie rénale.

Suivant l'aspect clinique on pratique des examens plus spécifiques afin de mieux caractériser une malformation et d'étudier les incidences cliniques. Ces examens seront précisés selon les cas dans les différentes observations que nous allons rapporter maintenant.

./.

OBSERVATIONS SELECTIONNEES EN VUE D'UNE INTERVENTION DE TYPE STRASSMANN

./.

OBSERVATION N° 1 - Mme MAR... âgée de 27 ans.-

Antécédents médicaux et gynécologiques : normaux.

Sur le plan obstétrical :

- Janvier 1964, à l'âge de 21 ans abortum spontané à 1 1/2 mois de gestation.
  Pas de curetage.

- Mars 1965, nouvelle interruption de grossesse à deux mois de gestation. Un bilan hormonal complet s'avère strictement normal. On note au cours du curetage la présence d'un éperon médian qui divise la cavité utérine en deux.

Hystérographie (nov. 1965) objective cette anomalie : présence de deux hemi utérus, la cavité droite est plus développée. La région isthmique est commune, passage tubaire bilatéral.

Une plastie utérine est alors proposée.

- Janvier 1966, l'exploration après laparatomie montre un utérus extérieurement unique qui présente une légère dépression sagittale au niveau du fond. D'après la classification du Pr. P. Müller il s'agit d'un utérus cloisonné corporeal. Une intervention de type Bret. Palmer est pratiquée par le Dr. Jean Fournié.
  Suites opératoires normales.
- Six mois après l'intervention : début d'une nouvelle grossesse. TP. le 12 IV 1967. Par prudence un traitement hormonal est institué. Les bilans successifs hormonaux et obstétricaux sont strictement normaux.
  Accouchement le 28 Mars 1967 d'un garçon de 3,100 kgs. Criant aussitôt, travail normal non dirigé, terminé à dilatation complète par une application de forceps systématique. Au cours de la délivrance artificielle on note la persistance d'un bourrelet musculaire divisant le fond utérin en deux parties inégales (côté droit plus développé). Suites de couches normales.

./.

OBSERVATION N° 2 - Mme BAU... M, âgée de 26 ans.-

Consulte en Janvier 1966 après deux interruptions spontanées de grossesse, chacune de 2 1/2 mois, à 6 mois d'intervalle, non curetées.

Examen gynécologiqque normal, en particulier, col bien centré unique, corps anteversé antefechi de volume normal cordiforme, annexes non pathologiques.

Hystérosalpingographie. On note : deux cavités utérines bien distinctes, séparées par une "cloison" médiane, de capacité identique. Les deux cavités sont entièrement divisées.
Perméabilité tubaire normale.

- Le 4 Février 1966 une intervention de type Bret-Palmer est pratiquée par le Dr. Jean Fournié. A l'exploration l'utérus était extérieurement unique avec une dépression sagittale au niveau du fond peu importante. Suites opératoires satisfaisantes. (uterus sub septus unicolis. Intervention de Bret-Palmer).

Prescription en post opératoir d'un traitement contraceptif oral arrêté début Juillet.

- Le 8 Août 1966, début d'une nouvelle grossesse. Les bilans hormonaux s'avèrent normaux. Accouchement le 2 Mai 1967 d'une fille de 3,200 kgs. Criant aussitôt. Expulsion raccourcie par une application de spatules.

OBSERVATION N° 3 - Mlle KLE..., âgée de 20 ans.-

Antécédents : appendicectomie en 1959.
cycles réguliers de 30 jours, durée 5 jours, d'abondance normale. Dysmenorrhée.

Consulte en Décembre 1963 : pour douleur de la fosse iliaque droite et leucorrhées verdâtres non irritantes.

A l'examen : abdomen douloureux. TV unidigital : masse latero-utérine droite du volume d'une orange.

./.

Examens complémentaires :

- UIV : absence de visualisation de la voie excrétrice droite. Pas d'orifice ureteral droit à la cystoscopie.
- TV sous anesthésie générale : masse latéro-utérine droite. Impression d'utérus bicorne.
- Coelio : pelvis cloisonné on perçoit un petit utérus dévié à G, annexe gauche normale, et une masse à droite dont on ne peut préciser la nature.
- Le 12 Décembre 1963, laparatomie exploratrice (Dr. Baux). Découverte d'un utérus extérieurement divisé. Utérus de type bicorne unicervical parfait. Une intervention de STRASSMANN est alors pratiquée. Suites normales.
- 1965, annexite bilatérale traitée par tifomycine et cortancyl.
- 25 Janvier 1966, début d'une grossesse qui évolue normalement. Examen à la fin du 6ème mois : HU 23. Présentation verticale. BCF +.

Le 2-9-1966, entre en urgence pour hémorragies importantes. Malgré le petit volume de l'enfant une césarienne est pratiquée en urgence.
Extraction d'un garçon de 1 k. 400, criant aussitôt. Décédé le lendemain.
Placenta postérieur recouvrant et très adhérent. Cicatrice fundique verticale intacte.

- Août 1967, débute une nouvelle grossesse dont le terme est prévu le 8 Mai 1968. Traitement hormonal systématique, évolution normale de la grossesse.
- Le 19-4-68, HU 32 céphalique en droite BCF +. Une césarienne est pratiquée. Extraction d'un garçon de 2,900 kgs.

OBSERVATION N° 4 - Mme DAR...

Antécédents gynécologiques : cycles réguliers de 28 jours, durée 5 jours.

./.

Antécédents obstétricaux :

- En 1963 et 1964, deux interruptions spontanées de grossesse à deux mois d'évolution.
- En août 1964, nouvelle grossesse hyponormale traitée par stilboestrol et progesterone. Le 17-10-64 : grossesse de deux mois dans un utérus probablement malformé perception d'une masse antérieure gauche doublant l'utérus (myome ?) Pas de malformation vaginale ou cervicale associée. 6-12-64, interruption de grossesse (4 mois).
  Curage digital : perception d'un utérus double avec éperon médian.

Hystérographie : cavité utérine divisée. Col et isthme communs, perméabilité tubaire normale.

Urographie intraveineuse : secrétion et morphologie normales.

Une plastie utérine est décidée. A l'exploration l'utérus est extérieurement normal. Il s'agit d'un utérus cloisonné corporéal. Une intervention de type Telinde est alors pratiquée par le Dr. Baux. Suites opératoires normales.

Hystérographie de contrôle : utérus de volume sensiblement normal, persistance d'une encoche au niveau du fond.

- début août 1966, grossesse en évolution. Un traitement hormonal est institué associé à une corticothérapie (augmentation des 17 cetostéroïdes). Le 17-5-67 : HU 32 céphalique en gauche BCF +. Une césarienne est alors pratiquée avant tout début de travail. Extraction d'un garçon de 3,600 kgs. criant aussitôt. Cicatrice utérine normale.
- Nouvelle grossesse en évolution DR : 9 Novembre 1969. TP 21 Août 1970. Par prudence un traitement hormonal est ordonné. Evolution normale.

OBSERVATION N° 5 - Mme RAM...

- (De 1963 à 1965) trois interruptions successives de grossesses amènent à pratiquer une hystéro salpingographie qui objective

./.

la présence de deux hemi utérus.

- Le 4-12-65, une intervention de type Telinde est pratiquée par le Dr. Baux. Suites opératoires normales. Persistance d'une légère dépression au niveau du fond à l'hystérographie de contrôle.
- 1967 : évolution d'une grossesse dont le terme est prévu le 6 décembre 1967. Par prudence un traitement hormonal est institué. Examen obstétrical normal pendant toute la grossesse. Le 1-12-1967 : HU 33, céphalique mobile en gauche. BCF +. Le 9-12 césarienne systématique en début de travail. Extraction d'une fille de 3,600 kgs., très bonne cicatrice, suites normales.
- début Avril 1968, nouvelle gestation évoluant sans problème. Près du terme le 27-12-68 HU 34. Céphalique en droite BCF +. Le 9-1-69, une césarienne est pratiquée, extraction d'un garçon de 4,500 kgs. Segment inférieur mince. Prévoir une ligature des trompes au cours de la prochaine césarienne systématique avant tout début de travail. Cicatrice normale au niveau du fond.

OBSERVATION N° 6 - Mme BAB...

Dans les antécédents on note : une scarlatine à l'âge de 2 ans sans séquelles. Paludisme à l'âge de 10 ans.

Sur le plan gynécologique : cycles réguliers de 28 jours, d'abondance moyenne, syhdrome prémenstruel important.

Antécédents obstétricaux :

- 1959 : interruption d'une grossesse de 2 mois.
- 1960 : évolution difficile d'une grossesse (hémorragique dans les deux premiers mois). Accouchement prématuré d'un enfant pesant 2,800 kgs.
- 1962 à 1963, successivement trois interruptions de grossesse de deux mois.

./.

Un bilan complet est alors entrepris :

- strictement normal sur le plan clinique.
- hystérographie : présence de deux hemi utérus - région isthmique commune. Perméabilité tubaire bilatérale.
- coelioscopie : utérus extérieurement unique. Trompes et ovaires normaux, petit myome sur la face antérieure.

Octobre 1963, évolution d'une nouvelle grossesse. Douleurs pelviennes et métrorragies importantes non modifiées par le repos et un traitement hormonal régulier. Interruption à 5 mois de gestation.

Le 12-5-64, une intervention de type Mathieu Palmer est pratiquée par le Pr. A. Pontonnier. Utérus cloisonné corporéal. Suites opératoires normales.

Deux mois après l'intervention Mme B... est enceinte. Les bilans hormonaux sont légèrement diminués. Le repos et un traitement hormonal substitutif permettent une évolution normale de la grossesse. Examen près du terme. Le 19-3-65 : HU 32. Présentation céphalique fixée en droite.

Le 7-4-65 : une césarienne segmentaire systématique est pratiquée à 8 1/2 mois, extraction d'un garçon de 2,930 kgs. criant aussitôt. Au niveau fond, présence d'un éperon médian. Suites normales.

Après des métrorragies secondaires à des troubles de la réceptivité endométriale, le 10 Septembre 1966 débute une nouvelle grossesse, hypo normale comme la précédente, troublée par des épisodes de pyurie importants.

Le 18-6-67, à 8 mois 1/2 de gestation : examen en début de travail : col perméable au doigt, poche des eaux intacte. Présentation céphalique fixée en gauche, contractions normales.
Césarienne itérative, extraction d'une fille de 3,660 kgs. en état de mort apparente, facilement réanimée.

./.

OBSERVATION N° 7 - Mme BER...

- En Mai 1955 et décembre 1960 on note deux interruptions de grossesse de deux mois (discrete hypo folliculinie lors de la deuxième gestation).
- Mars 1961, hystérographie : cavité utérine radiologiquement divisée.
- Avril 1961, intervention de type Strassmann modifié (Pr. A. Pontonnier). L'exploration montre un utérus extérieurement unique, la cloison médiane est visible sous forme d'une légère dépression.
- 4 mois après l'intervention débute une grossesse dont le terme est prévu le 16 Mai 1962. Les bilans hormonaux sont strictement normaux. Prise de poids excessive à la fin de gestation. Le 22-4-62, HU 30-31, céphalique en droite. Col en voie d'effacement perméable au doigt traité par spasmalgine et Lutogyl 50 IM. Le 23-4, en début de travail une césarienne segmentaire est pratiquée. Extraction d'une fille criant aussitôt de 3,375 kgs. Le placenta est plus adhérent que d'habitude. Reliquat de cloison au niveau du fond. L'utérus est de volume normal. Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 8 - Mme TUR...

- On note de 1967 à 1968 trois interruptions de grossesses successives de moins de trois mois.
- Septembre 1968, à l'examen, présence d'une cloison vaginale sagittale et de deux cols bien distincts.

. à l'hystérographie : l'injection au niveau d'un seul orifice cervical permet de visualiser une cavité "double".

La région isthmique étant commune par contre la région corporéale est divisée en deux cornes bien distinctes. Passage tubaire bilatéral.

. urographie intraveineuse strictement normale.

./.

- Le 4-1969 coelioscopie : utérus de taille normale présentant une dépression sagittale importante. Une plastie utérine est alors proposée.

- Le 5-1969, une intervention de type Strassmann est pratiquée, par le Pr. Pontonnier, associée à la section de la cloison vaginale. Pas de plastie au niveau du col.
  Type d'anomalie : utérus bicorne bicervical communiquant.

- 1 1/2 mois après l'intervention débute une nouvelle grossesse. Le terme est prévu pour le 20 mars 1970. Evolution normale de la grossesse.

- Le 20-2-70, Mme Tor... entre dans le service pour contraction (8ème mois) HU : 31 céphalique mobile en gauche. BCF +. Col court perméable à deux doigts. Evolution normale du travail. Section de la portion inter cervicale, dégagement spontané en occipito pubienne d'un garçon de 2,950 kgs. criant aussitôt. Délivrance artificielle (adhérence modérée du placenta à la face antérieure selon une ligne verticale). Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 9 - Mme FOG...

Une stérilité primitive motive la première consultation. Les antécédents médicaux et gynécologiques sont normaux. L'examen clinique ne révèle aucune anomalie. Un Novak pratiqué sous anesthésie générale (devant les difficultés techniques) montre un endomètre folliculino-lutéinique d'allure hypotrophique. Examen sous AG : présence d'une cloison vaginale séparant deux orifices cervicaux, débridement de cette cloison aux ciseaux.

- Le 10-1960, hystérographie : utérus d'aspect cloisonné, région isthmique commune. Passage tubaire bilatéral. L'injection par un seul orifice cervical objective l'imprégnation des deux cavités.

- Le spermogramme étant normal un traitement hormonal est alors institué pendant six mois (1 ampoule de Lutogyl 25 le 18ème,

./.

20ème, 22ème jours du cycle) sans résultat.

- Le 7-5-1962, on pratique une coelioscopie : utérus de caractère infantile avec éperon médian. A gauche, ovaire laminé blanchâtre sans cicatrice de follicule de corps jaune. A droite : kyste ovarien translucide du volume d'une petite mandarine, utérus de type cloisonné total communiquant.
- Le 19-5-62, une intervention de type Strassmann modifié est pratiquée par le Pr. Pontonnier devant l'inefficacité du traitement médical. Suites opératoires normales.
  Un contrôle hystérographique sous antispasmodiques montre un volume utérin satisfaisant. Persistance d'un éperon médian au niveau du fond. Passage tubaire bilatéral.
- De 1963 à 1966, épisodes métrorragiques puis oligoménorrhée.
- Le 15-9-66 début d'une grossesse (TP 15 juin 1967). Traitement hormonal dès le début. Les tests hormonaux sont perturbés surtout au cours des trois premiers mois. Le 20-5-67, entre dans le service pour contractions (à 8 mois 1 semaine). Examen, HU : 30. Céphalique mobile en gauche. BCF +. Col long perméable à un doigt, poche des eaux plate. Malgré un traitement hormonal et antispasmodique une césarienne systématique est pratiquée. Extraction d'un garçon criant aussitôt de 2,850 kgs. Suites opération normales.

OBSERVATION N° 10 - Mme WAG...

Dans les antécédents obstétricaux on note :

- en 1962 une interruption de grossesse à 3 mois.
- en mai 1964 accouchement prématuré à 7 mois d'un garçon, décédé le jour suivant (présentation du siège).
- Le 9-11-64, nouvelle interruption de grossesse de 4 mois.
- Décembre 1964, hystéro salpingographie : utérus d'aspect cloisonné, corps et isthme divisé, passage tubaire bilatéral.
  Cet utérus a une morphologie extérieure normale à la coelioscopie, anomalie de type : utérus subseptus unicolis.

./.

- Le 2-65 une intervention de type Telinde est pratiquée par le Dr. Rigaux (Metz). Suites opératoires satisfaisantes. Une hystérographie de contrôle montre un utérus de volume normal, persistance d'une échancrure au niveau du fond. Passage péritonéal bilatéral.

- Décembre 1965 début d'une grossesse d'évolution normale, terme prévu le 27 Août 1966. Pas de traitement hormonal : un cerclage du col systématique est pratiqué. Accouchement prématuré (à 8 mois) d'un garçon de 2,500 kgs. Présentation du siège mode des fesses, délivrance naturelle et complète.

Nouvelle grossesse d'évolution normale. Pas de traitement hormonal, pas de cerclage du col. Accouchement à terme le 22-4-1969 d'une fille de 3 kgs. présentation du siège mode des fesses. Evolution du travail et délivrance normale.

OBSERVATION N° 11 - Mme JAN...

Antécédents obstétricaux : on note trois interruptions de grossesses successives de moins de trois mois.

Une hystéro salpingographie (le 9-1966) montre un utérus d'aspect cloisonné, région isthmique commune, passage tubaire bilatéral.

- Le 19-10-1966, une intervention de type Telinde est pratiquée par le Dr. Rigaux (Metz) à l'inspection l'utérus est extérieurement normal. On note un rein ectopique à gauche. Type d'anomalie : utérus cloisonné corporeal. Suites opératoires satisfaisantes.
  Hystérographie de contrôle le 11-8-1967 objective, un utérus de volume normal, persistance d'une dépression cupuliforme du fond.

- Début octobre 1967 : grossesse évoluant normalement TP le 27-8-1968. Bilans cliniques et hormonaux sont normaux. Au 3ème mois de gestation on fait un cerclage systématique du col. Début du travail avant terme (8ème mois) le sommet est orienté en occipito sacré. Une césarienne est alors pratiquée. Extraction d'une fille pesant 3,400 kgs. La morphologie endo utérine est

./.

strictement normale. Suites opératoires satisfaisantes.

OBSERVATION N° 12 - Mlle SIN...

Consulte à l'âge de 16 ans pour des douleurs anales très importantes survenant au moment des règles associées à une tuméfaction anale violacée. Le médecin porte le diagnostic de thrombose hémorroïdaire.

A l'examen : abdomen normal, toucher rectal très douloureux, masse importante qui bombe en avant et à gauche du rectum.
Toucher vaginal unidigital : le doigt vaginal montre l'autre face de cette tuméfaction qui se situe à gauche et en arrière.

Le diagnostic d'hématocolpos sur vagin double est alors suspecté.

Un bilan complet permit de découvrir :

- à l'urographie une absence complète d'imprégnation rénale, du côté gauche, absence d'orifice uretéral gauche à la cystoscopie.
- à la coelioscopie : les annexes sont normales, par contre, l'utérus est divisé par une incisure profonde délimitant un hémi-utérus droit à peu près normal et un hemi-utérus gauche plus petit.
- 1963, la dysménorrhée de plus en plus importante impose une intervention chirurgicale. Une inspection minutieuse permet de déterminer le type exact d'anomalie selon la classification du Pr. P. Müller, il s'agit d'une anomalie faisant partie de la famille des agenesics unilatérales, groupe des faux utérus unicorne.
  Dans ce cas, le canal de Müller droit a subi un développement corporéal, cervical et vaginal normal, par contre, à gauche, on note une agenésie vaginale (vagin borgne), corps et col étant normalement développés. Les deux hémi corps séparés à leur partie supérieure, s'accolent au niveau de la région inférieure et présentent une communication au niveau de la région isthmique.

./.

Une intervention de type Strassmann est pratiquée en décembre 1963 par le Pr. Poulhes, dans un deuxième temps, la partie inférieure de l'hématocolpos est ponctionnée puis incisée. Résection de la cloison vaginale médiane. Pas de plastie au niveau des deux cols. Les suites opératoires sont normales. Résultats satisfaisants sur le plan organique et fonctionnel.

- Octobre 1969, débute une grossesse dont le terme est prévu le 20 juillet 1970, d'évolution sensiblement normale. A l'examen, présence de deux cols, les épines sciatiques sont saillantes. La diminution des phénols stéroïdes implique un traitement hormonal substitutif. Le 19-6-70, rupture prématurée des membranes (à 8 mois révolus de gestation) HU 29. Céphalique mobile en gauche. Tête mobile périnée tonique doigtier mouillé. Le 24-4-70, une césarienne est pratiquée : utérus de morphologie normale. Hystérotomie segmentaire transversale extraction d'une fille de 2 kgs. 600, criant aussitôt. Exploration endoutérine après délivrance : perception d'une suture fundique médiane. On ne perçoit pas d'accident au niveau de la cicatrice longitudinale postérieure le myomètre est amincoi et forme une sorte de rigole qui s'étend jusqu'au fond utérin. Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 13 - Mme DAC..., 30 ans.-

On note dans les antécédents deux interruptions de grossesses spontanées, qui motivent la consultation. Sur le plan gynécologique : cycles réguliers de 27 jours, règles d'abondance normale, durée 5 jours.

A l'examen gynécologique on ne décèle aucune anomalie.

Une hystérographie est alors pratiquée montrant une cavité utérine entièrement dédoublée à partir du col. Les trompes sont normales et perméables.

- Le 6-9-1967, une intervention de type Mathieu Palmer est pratiquée par le Dr. Robert Fournié. A l'inspection : l'utérus est

./.

extérieurement unique de type utérus subseptus unicolis.

- Le 21 Mars 1968, début d'une nouvelle grossesse (six mois après l'intervention), grossesse hypohormonale ayant nécessité une injection de progesterone 500 par semaine. Le 12 novembre 1968, entre prématurément en travail. Présentation céphalique. Une césarienne systématique est alors pratiquée, extraction d'un garçon de 2,500 kgs. L'exploration endoutérine montre une cicatrice parfaite.

OBSERVATION N° 14 - Mme COU...

Antécédents gynécologiques normaux.

Sur le plan obstétrical on note, de 1958 à 1962, trois interruptions de grossesse successives de 2 mois 1/2. Au cours de la dernière gestation un traitement hormonal préventif a été institué sans succès, l'examen montrait une incisure possible du fond utérin.

- Le 14-3-1963, une hystérographie montre une cavité qui présente une dépression peu importante au niveau du fond.

Vu les antécédents obstétricaux une plastie utérine est alors décidée.
A l'inspection l'utérus présente une dépression sagittale au niveau du fond (utérus de type bicorne unicervical à fond échancré).

Une intervention de type Strassmann est alors pratiquée par le Pr. A. Pontonnier. Suites opératoires satisfaisantes. Le tube plastique intracavitaire est éliminé spontanément un mois après l'intervention.

- Le 26 Avril 1964 débute la 4ème gestation (TP le 26 Janvier 1965) évolution normale. Hormonothérapie systématique, fin décembre l'examen montre : HU 30 cm. Présentation du siège.
- Le 16 Janvier 1965, une césarienne est pratiquée avant tout début de travail pour présentation de l'épaule irréductible. Extraction d'une fille de 3,600 kgs. qui crie très rapidement.

Evolution d'une nouvelle grossesse dont le terme est prévu le 29 Déc. 1969. Les examens obstétricaux successifs sont strictement normaux.

./.

Le 5-12-1969 une césarienne itérative est pratiquée, extraction d'un siège sans problème - utérus cicatriciel, sans trace de dehiscence, cependant impose une ligature et section des trompes.

OBSERVATION N° 15 - Mme GEN...

Fin février 1964, Mme G... présente une interruption de grossesse de deux mois, impression de cavité utérine double au curetage. Une hystérographie confirme ce diagnostic : cavité utérine "double". La région isthmique étant commune, pas d'image de beance.

A l'examen : le corps utérin est étalé transversalement en apparence unique. Il n'existe qu'un seul col. Une plastie utérine n'est pas envisagée, on propose seulement de surveiller de très près l'évolution d'une nouvelle grossesse.

- Le 22-10-64, malgré un traitement hormonal et le repos complet on note une nouvelle interruption de grossesse de 2 1/2 mois.
- Le 25 mars 1965, une intervention réparatrice est alors proposée. A l'inspection l'utérus est extérieurement unique, c'est un utérus de type : cloisonné corporeal. Une intervention de Mathieu Palmer est pratiquée par le Pr. A. Pontonnier. Les suites opératoires sont satisfaisantes.
- Evolution d'une nouvelle gestation début août dont le TP 9 mai 1966. Evolution strictement normale. Une hormonothérapie systématique est instituée associée en fin de grossesse à un régime hyposodé.
- Le 11-5-1966, HU 33. Présentation céphalique en gauche fixée. Accouchement, d'un garçon de 3,520 kgs. criant aussitôt, terminé à dilatation complète par une application de spatules.

OBSERVATION N° 16 - Mme BEL...

Antécédents gynécologiques normaux. Sur le plan obstétrical on note deux interruptions successives de grossesses de 2 mois.
Une hystérographie (le 21-10-65) objective une cavité utérine "double"unicervicale. Corps et isthmes sont entièrement séparés. ./.

opacité tubaire bilatérale.

Cet utérus est extérieurement unique à la coelioscopie, avec deux cornes bien marquées (dépression médiane). Les annexes sont normales. L'utérus est de type : subseptus unicolis.

- Le 11 mai 1966 une intervention réparatrice est alors proposée. Une intervention de Jelinde est pratiquée par le Pr. A. Pontonnier. Suites opératoires normales.

- 5 mois seulement après l'intervention débute une nouvelle grossesse dont le terme est prévu le 27 Juillet 1967.
  Une hormonothérapie systématique est instituée. La grossesse évolue normalement. On sent nettement une encoche médiofundique. Le 29-7-67, début du travail d'évolution lente. Présentation de type occipito iliaque gauche antérieure, rupture artificielle de la poche des eaux à 3 cms. Expulsion spontanée sous anesthésie générale après épisiotomie d'une fille pesant 3,450 kgs. (Apgar 10/10 à la première minute). Délivrance artificielle. L'exploration endoutérine montre une cavité normale.

OBSERVATION N° 17 - Mme APA...

Antécédents obstétricaux : de 1961 à 1965 on note deux interruptions de grossesse de 3 mois. L'examen montre la présence d'une cloison vaginale, de deux cols et probablement de deux corps.

- Le 12-6-65 l'hystérographie objective cette malformation : la cavité utérine est "double", les deux isthmes communiquent. On note une synéchie au niveau de la corne utérine gauche, opacification de la corne droite. Une plastie est alors proposée.

Avant tout acte chirurgical une 3ème gestation débute, le terme étant prévu le 22 juin 1969. Un traitement hormonal systématique est institué. Le 25-3-69, Mme A... entre en travail. Malgré une tentative de blocage des contractions depuis deux jours. Le travail se déroule normalement. On pratique la resection de la cloison vaginale. Expulsion d'un garçon de 1,000 kgs. criant aussitôt.

./.

- Juillet 1969 à la coelioscopie la cavité utérine est extérieurement unique avec un discret repli au niveau du fond. Les annexes sont normales. C'est donc un utérus cloisonné total communiquant.

- Septembre 1965, une intervention de type : Strassmann modifié est pratiquée par le Pr. Pontonnier. Les suites opératoires sont satisfaisantes. Une hystérographie de contrôle montre une cavité de taille sensiblement normale, avec une légère dépression au niveau du fond - passage péritonéal à droite.

- Le 23-11-70, Mme A... consulte pour une aménorrhée depuis le 26 août 70. L'examen confirme le diagnostic de grossesse dont le terme est prévu pour le 7 juin 1971. Un traitement hormonal est institué.

- Le 23 novembre Mme A... présente des métrorragies. Deux jours après, malgré ce traitement on pratique un curetage pour rétention d'oeuf mort. Nécessité d'envisager au cours de la prochaine grossesse un traitement hormonal au tout début de la gestation, associé au repos complet.

./.

INCIDENCES GYNECO-OBSTETRICALES DES MALFORMATIONS CONGENITALES UTERINES

Envisageons maintenant les incidences gynécologiques et obstétricales des malformations utérines que nous venons de présenter, c'est-à-dire des malformations sélectionnées en vue d'une intervention chirurgicale. Nous comparerons ces résultats aux incidences des malformations en dehors de toute sléection (malformations non sélectionnées).

Nous allons suivre le plan suivant :

I - FREQUENCES DES MALFORMATIONS UTERINES.-

*Fréquence globale (série sélectionnée
(série en dehors de toute sélection

*Proportion relative des divers types de malformations.

II - INCIDENCES GYNECOLOGIQUES.-

*Dyspareunie
*Douleur pelvïenne
*Dysmenorrhée - Hématocolpos
*Stérilité

III - INCIDENCES OBSTETRICALES.-

*Avortements
*Accouchements prématurés
*Accouchements à terme
*Mortalité foetale
*Autres incidences obstétricales
(Mode d'accouchement
(Complications au cours du travail
(Complications pendant la délivrance
*Incidences des malformations sur le foetus

./.

I - FREQUENCE DES MALFORMATIONS UTERINES.-

Nous développerons successivement : la fréquence globale des malformations utérines, puis la proportion relative des divers types de malformations.

A - Fréquence globale des malformations utérines.-

1.- En ce qui concerne les malformations utérines sélectionnées, à la clinique obstétricale, nous rapportons 4 observations de 1960 à 1970. Pendant cette période nous avons enregistré 9.964 accouchements, soit une proportion de 4 cas pour 10.000.

2.- Envisageons maintenant la fréquence globale des malformations non sélectionnées : les chiffres les plus souvent cités sont de l'ordre de 3 à 9 cas pour 10.000 accouchements. En réalité, il est impossible de connaître exactement la fréquence globale de ces malformations, car un bon nombre ont une traduction clinique peu importante n'entraînant pas d'exploration radiologique et coelioscopique indispensable pour les objectiver. Les malformations utérines diagnostiquées représentent donc une première sélection. Actuellement la pratique plus fréquente des explorations hystérographiques permet de dépister un nombre plus important de malformations jusque là ignorées.

B - Proportions relatives des divers types de malformations.-

1.- Sur les 17 malformations opérées, nous relevons :

*Dans le groupe des agenésies utérines : 1 cas.
- Agenésie unilatérale de type : faux utérus unicorne communiquant, avec agenésie vaginale droite. Obs. n°12.

*Dans le groupe des demi matrices doubles : 3 cas.
- Utérus bicorne bicervical communiquant avec cloison vaginale : 1 cas, obs. n° 8.
- Utérus bicorne unicervical parfait : 1 cas (n° 3).
- Utérus bicorne unicervical à fond échancré : 1 cas (n°14)

./.

*Dans le groupe des utérus cloisonnés : 13 cas.

. Utérus cloisonnés total communiquants : 2 cas.
Obs. n° 9 et 17.

. Utérus subseptus unicolis : 4 cas = 23,5 %
Obs. n° 2, 10, 13 et 16.

. Utérus cloisonné corporeal : 7 cas = 41 %
Obs. n° 1, 4, 5, 6, 7, 11, 15.

Nous voyons que les utérus de type cloisonné corporeal représentent 41 % des malformations opérées, vient ensuite les utérus de type subseptus unicolis avec 4 cas, soit 23,5 %. Le groupe des demi matrices doubles ne comporte que 3 cas sur les 17.

2.- Proportions relatives des malformations "non sélectionnées".-

Nous formulons ici les mêmes réserves que nous avons porté au sujet du pourcentage global des malformations "non sélectionnées".

Classification de Jarcho	Classification du Pr. P. Müller	Dumont Cartault	Polloson
Type A. Utérus didelphe	(ut. didelphe (ut. speudo didelphe	36 %	26 %
Type B. Utérus double	(ut. bicorne bicervical (pur ou speudo didelphe (à vagin simple	9 %	8 %
Type C. Utérus bicorne	(utérus bicornes unicer- (vicaux.	19 %	11 %
Type D. Utérus septus	(utérus septus et (utérus subseptus	13 %	8 %
Type E. Utérus subseptus	(utérus cloisonné cor- (poréal	13 %	28 %
Type F. Utérus arcuatus	(utérus arcuatus	8 %	
Type G. Utérus unicornis	agenésies unilatérales		18 %

./.

Les pourcentages relatifs des divers types de malformation "non sélectionnés" montrent une prédominance des utérus didelphes et des utérus bicornes.

En comparant les proportions relatives des divers types de malformations opérées et non sélectionnées, nous voyons en particulier que le groupe des utérus cloisonnés corporeaux bien que relativement loins nombreux (13 % des malformations en général) sont l'objet de fréquentes interventions chirurgicales (41 % des malformations opérées). Inversement les utérus didelphes (36 % des malformations non sélectionnées) bénéficient rarement de plasties utérines (sur 17 interventions on note seulement 1 cas d'utérus didelphe).

INCIDENCES GYNECOLOGIQUES.-

L'incidence gynécologique des malformations utérines est peu importante et le plus souvent secondaire devant l'ampleur des complications d'ordre obstétricales.

Dans cinq observations on relève une symtomatologie d'ordre gynécologique. L'indication opératoire fut posée dans trois cas.

Envisageons les différentes incidences gynécologiques :

1.- Dyspareunie : 2 cas. Dans les observations n° 8 et 17 on note une dyspareunie peu importante n'ayant pas motivé de consultation ce qui explique le diagnostic relativement tardif de malformation suspecté ici devant la répétition des interruptions de grossesse. Il existait dans les deux cas une cloison vaginale.

2.- Douleur pelvienne : 1 cas. Observation n° 3, Mme K... présente depuis deux ans des douleurs pelviennes importantes, localisées surtout à droite survenant de façon irrégulière. A l'examen : l'abdomen est douloureux, au toucher vaginal : perception d'une masse latéro-utérine droite du volume d'une mandarine. La coelioscopie est rendue difficile du fait de la présence de nombreuses adhérences. Devant l'importance et la persistance des douleurs une

./.

laparotomie exploratrice est indiquée. On découvre un utérus extérieurement divisé, annexes normales. Une intervention de Strassmann est pratiquée.

3.- Dysménorrhée hématocolpos : 1 cas. Observation n° 12. Mlle SIN... réglée normalement à l'âge de 16 ans. Progressivement une dysménorrhée s'installe devenant de plus en plus importante. Au toucher rectal on perçoit une masse importante qui bombe en avant du rectum. Après un bilan complet une plastie utérine et vaginale est pratiquée.

4.- Stérilité primitive : 1 cas. Observation n° 9. Une étude approfondie permet d'isoler un utérus cloisonné total communiquant avec cloison vaginale. Le reste de l'examen étant strictement normal y compris le spermogramme. La resection de la cloison vaginale n'entraîne aucune amélioration, une intervention de Strassmann est alors proposée.

Si on consulte les différentes observations publiées, au sujet des stérilités primitives, il semble que le plus souvent elles relèvent d'un phénomène purement mécanique (cloison - orifices cervicaux de diamètres réduits).

Le taux de stérilité dans le cadre des malformations est estimé à 10,30 % par Steïmberg. Dans la série de 128 cas publiée par EO. Strassmann, on relève 16 cas (13 %) où l'indication opératoire fut posée pour la stérilité.

Les stérilités secondaires sont le plus souvent la traduction des nombreux curetages (infection, synechie).

Les incidences gynécologiques que nous venons de rapporter sont les plus importantes. Trois interventions sur 17, seulement, (18 %) relèvent d'une indication purement gynécologique. Nous n'avons pas observé de troubles majeurs de la menstruation, ni d'endométriose.

./.

INCIDENCES OBSTETRICALES DES MALFORMATIONS.-

Examinons maintenant l'incidence obstétricale des malformations utérines avant tout acte chirurgical. Dans notre série on relève en tout 39 grossesses pour 14 gestantes. Comme précédemment ces résultats seront comparés à l'incidence des malformations non sélectionnées.

INTERRUPTION DE GROSSESSE.-

A - Fréquence globale des interruptions de grossesse.-

* Si on considère seulement les cas sélectionnés en vue d'une intervention chirurgicale, nous voyons que cette incidence est la plus fréquente, mais surtout la plus néfaste.

Dans notre série, sur 39 grossesses, on note 36 interruptions, soit 92,3 % d'avortements, chiffre particulièrement élevé. Ce chiffre est de 90 % pour Genell (étude de 83 gestations) et de 70 % pour Ed. Strassmann (110 grossesses).

Fréquence globale des interruptions de la grossesse.-

Cas sélectionnés			Cas non sélectionnés	
Notre série	GENELL	Ed. STRASSMANN	DUMONT	PALMER
92,3 %	90,3 %	70 %	40,3 %	25 %

On relève deux à trois fausses couches par gestantes. Ces interruptions se produisent entre 1 1/2 et 3 mois. Il n'y a pas, au cours des avortements successifs, de progression dans la durée de la gestation. Sur le plan clinique et paraclinique : nous n'avons pas décelé de beance cervico isthmique ou de troubles majeurs hormonaux.

* Si l'on regarde maintenant les Cas non sélectionnés (cf. tableau comparatif antérieur). Nous voyons que l'incidence est moins importante. Pour PALMER le pourcentage des interruptions est de 25 %. Pour DUMONT et CARTAULT de 40,3 %.

./.

Les interruptions de grossesse représentent la complication majeure des malformations utérines et l'indication la plus fréquente de plastie. Nous avons pratiqué 14 interventions sur 17 (82 %) pour cette seule raison.

B - Fréquence relative des interruptions de grossesse en fonction du type anatomique.-

* Cas sélectionnés. Manifestement l'incidence obstétricale est fonction du type anatomique. Nous ne pouvons établir des pourcentages précis vu le petit nombre d'observations que nous présentons. Cependant dans 14 cas sur 17 l'indication opératoire fut portée pour avortement à répétition sur les 14 cas on relève 4 cas d'utérus subseptus unicolis et 7 cas d'utérus cloisonnés corporeal. L'incidence obstétricale de ces deux types semble particulièrement grande (utérus partiellement cloisonnés).

* La fréquence relative des interruptions de grossesses en fonction du type anatomique doit être surtout déterminé dans le cadre des cas non sélectionnés afin de dégager la capacité obstétricale de chaque type de malformation et ainsi de mieux poser l'indication opératoire connaissant le risque d'interruption.

L'établissement de ce profil obstétrical est particulièrement difficile et souvent imprécis. En effet, bien souvent le type anatomique n'est pas déterminé par une double exploration complémentaire radiologique et coelioscopique, de plus la multiplicité des classifications ne facilite en aucune manière cette étude. Seule une analyse portant sur un grand nombre de cas non sélectionnés, bien classifiés, permettra de dégager le profil obstétrical de chaque type de malformation.

./.

Fréquence relative des interruptions de grossesses en fonction du type anatomique (cas non sélectionnés d'après le Pr. Pollosson).

Classification de JARCHO	Pr. POLLOSSON
- ut. didelphe	14 %
- ut. double	16 %
- ut. bicorne	65 %
- ut. septus.	45 %
- ut. subseptus	75 %
- ut. arcuatus	
- ut. unicorne	30 %

Ce tableau nous montre que le pourcentage d'interruption de grossesse est particulièrement important quand il existe une division incomplète de la cavité :

. utérus subseptus : 75 %
. utérus bicorne : 63 %

Au contraire dans les cas de division totale de la cavité l'incidence est moins importante.

. utérus septus : 45 %
. utérus double et didelphe : 14 et 16 %

Il n'existe pas de parallélisme étroit entre le type embryologique de malformation et le pourcentage d'avortement. Ce pourcentage est par contre en relation étroite avec l'architecture interne de la cavité. Par exemple dans le cas d'un utérus sub septus et d'un utérus bicorne (division partielle de la cavité dans les deux cas), ces deux malformations ont une incidence sensiblement

./.

identique alors qu'elles appartiennent à deux groupes bien différents. Il semble cependant qu'une cloison majore légèrement cette incidence.

ACCOUCHEMENTS PREMATURES.-

* Dans le cadre des malformations sélectionnées, cette incidence est assez faible vu l'importance des avortements. Dans notre série on relève 3 accouchements prématurés (2 enfants vivants) soit un taux de 7,6 %. Ce pourcentage est de 6 % pour Genell.

* En dehors de toute sélection, Dumont trouve : 13 % d'accouchements prématurés, Philipp : 16 %.

Ces accouchements prématurés sont caractérisés par une mortalité foetale plus élevée que d'habitude. Fenton évalue à 19 % le taux de mortalité foetale au cours des accouchements prématurés et à terme (mort né et décès dans la période neo natale).

ACCOUCHEMENTS A TERME.-

* Cas sélectionnés. Ici le nombre d'accouchements à terme est particulièrement réduit. Sur 39 grossesses nous n'avons observé aucun accouchement à terme. Pour Genell et Strassmann le pourcentage d'accouchement à terme est respectivement de 3 % et 3,7 %.

* Ce pourcentage est beaucoup plus élevé dans le cadre des malformations non sélectionnées. Pour Dumont ce taux est de 46,7 %.

	Cas sélectionnés			Cas non sélectionnés	
	Notre série	Genell	Strassmann	DUMONT	PHILIPP
Accouchement à terme %	0 %	3 %	3,7 %	46,7	25

Nous voyons une différence significative entre les cas sélectionnés dont peu de grossesses évoluent jusqu'au terme (correspond principalement aux cavités partiellement divisées) et les

./.

cas non sélectionnés dont l'évolution à terme est plus fréquente (cas surtout des cavités entièrement divisées en particulier cas des hemis cavités doubles.

"MORTALITE" FOETALE.-

Nous venons d'envisager jusqu'à maintenant les possibilités d'évolution d'une grossesse dans le cadre des malformations utérines. La fréquence élevée des avortements (fonction de l'architecture interne de l'utérus) représente la complication majeure. Les grossesses évoluant près du terme, moins nombreuses, présentent un taux de mortalité foetale plus élevé que d'habitude (19 %).

Pour mieux apprécier l'incidence de ces malformations établissons le taux global de "mortalité" foetale : (avortements - morts nés - mortalité neonatale).

	Cas sélectionnés			Cas non sélectionnés	
	Notre série	Genell	Sjonall	DUMONT	FENTON
Avortements	92,3	90,3	-	40	26
Morts nés Mortalité neonatale	2,6	6,7	-	16	19
"mortalité" foetale globale	94,9	97	90	56	45

En dehors de toute sélection : dans 50 % des cas on obtient un enfant vivant. Le pronostic est nettement plus défavorable si l'on considère les malformations sélectionnées : l'enfant n'étant viable que dans moins de 10 % des cas.

PRESENTATIONS FOETALES.-

* Il est particulièrement difficile d'établir l'incidence, sur le mode de présentation, des malformations sélectionnées pour

./.

une intervention chirurgicale, vu l'importance des avortements dans ces séries. Nous n'observons, dans nos observations (39 grossesses), aucun accouchement à terme. Pour Strassmann E.O. le pourcentage de présentations anormales (siège - transverse) s'élève à 37 %.

* Envisageons, par contre, les différents types de présentation dans le cadre des malformations non sélectionnées, le pourcentage de grossesses évoluant jusqu'à terme étant beaucoup plus important. Nous rapporterons ici l'étude de 92 cas présentée par Dumont et Cartault.

1.- Résultats globaux :

- Présentation du sommet : 35 %
- Présentation de siège : 51 %
- Présentation transversale : 13 %

Ce tableau nous montre la faible proportion de présentation du sommet par contre la fréquence élevée de présentation du siège et de présentation transversale.

2.- Résultats en fonction du type anatomique.- (Classification de Jarcho).

	Sommet	Siège	Transversale
- utérus didelphe	30 %	70 %	0 %
- utérus double	86 %	14 %	0 %
- utérus bicorne	30 %	52,9 %	17 %
- utérus septus	54 %	46 %	0 %
- utérus subseptus	30 %	50 %	20 %
- utérus arcuatus	12,5 %	0 %	87,5 %
- utérus unicornes	25 %	75 %	0 %

Si l'on considère par contre l'influence du type anatomique sur le mode de présentation nous remarquons une fréquence particulièrement importante de présentation de siège dans le cas des utérus didelphe (70) et des utérus unicornes, de présentation transversale dans le cas des utérus arqués (87,5 %).

./.

Comme précédemment analysons l'incidence obstétricale, en fonction de l'importance de la division de la cavité.

. cavités entièrement divisées (utérus didelphe - utérus double utérus septus - utérus unicornes). Nous voyons ici l'importance des présentations du siège et l'absence de présentation transversale.

- Présentation du sommet : 41 %
- Présentation du siège : 59 %
- Présentation transversale : 0 %

. cavités partiellement divisées (utérus bicornes - utérus subseptus, utérus arcuatus) toujours d'après la classification de Jarcho.

Cet ensemble est caractérisé, par contre, par le grand nombre de présentations transversales.

- Présentation du sommet : 25,7 %
- Présentation du siège : 40 %
- Présentation transversale : 34,3 %

En ce qui concerne le mode de présentation, comme dans le cadre des avortements, nous voyons une différence significative en fonction de l'architecture interne de l'utérus suivant que la division est totale ou partielle et ce quelque soit le groupe de malformation (Agenésie - hemi-utérus double - utérus cloisonné).

AUTRES INCIDENCES OBSTETRICALES.-

Les 17 observations présentées nous ont permis de préciser l'incidence des malformations sur l'évolution des grossesses, mais nous ne pouvons tirer aucune conclusion sur la période de l'accouchement. En effet, dans le cadre des malformations sélectionnées, les grossesses évoluent rarement jusqu'au terme prévu. Nous allons rapidement envisager successivement les différentes incidences obstétricales pendant le travail et la délivrance.

./.

* Mode d'accouchement.-

Nous avons vu dans un paragraphe précédent le grand nombre de présentations anormales. Ceci explique en partie la fréquence élevée de manoeuvre obstétricale et chirurgicale pendant l'accouchement.

	DUMONT (% en dehors de toute sélection)
accouchements spontanés	43 %
accouchements par voie basse avec manoeuvres obstétricales	28 %
césariennes	29 % (césarienne + hystérectomie

Ce tableau nous montre la fréquence très élevée principalement des césariennes, 7 à 8 fois plus que normalement.

* Complications au cours du travail.-

. Lenteur du travail et anomalie de la dilatation, retrouvé par Fenton dans 22 % des cas.

. Corne non gravide prae via, complication grave, s'observe principalement dans le cadre des utérus extérieurement divisés. Dumont relève 14 cas sur 109, soit environ 13 %.

. Rupture utérine, semble une complication particulièrement rare, Dumont en rapporte cependant 2 cas sur 109 accouchements.

* Complications pendant la délivrance.-

Au cours des accouchements spontanés le nombre de rétention placentaire est plus élevé que normalement (atonie - enchatonnement du placenta). Dans de nombreux cas le diagnostic de malformation est porté au moment de la révision.

./.

INCIDENCES DES MALFORMATIONS SUR LE FOETUS.-

Nous avons vu que dans moins de 10 % des cas sélectionnés on obtenait un enfant viable, le pourcentage étant plus élevé, de l'ordre de 50 %, si l'on considère les cas en dehors de toute sélection.

Ce faible pourcentage de viabilité s'explique :

1.- par l'importance des avortements,
2.- et par le taux élevé de mortalité foetale au cours des accouchements prématurés, mais aussi des accouchements à terme. Cette mortalité foetale est la conséquence :

* du grand nombre de manoeuvres obstétricales et chirurgicales (pour accouchements dystociques)
* de la fragilité foetale (fréquence des insuffisances pondérales à la naissance : 59 % au-dessous de 3,000 et 29 % au-dessous de 2,500).

Au terme de cette étude nous voyons que chaque type anatomique a une incidence bien particulière; cependant, il est possible d'envisager deux grands ensembles suivant l'architecture interne de la cavité :

1) Cavités partiellement divisées sont caractérisées par : un grand nombre d'avortements, une fréquence des présentations transversales importante nécessitant de nombreuses manoeuvres chirurgicales, enfin une viabilité foetale très faible. Pour toutes ces raisons de nombreuses plasties utérines sont pratiquées dans tous ces cas.

2) Cavités totalement divisées. Ici on note un nombre moins important d'interruption de grossesse. Les présentations souvent anormales sont surtout représentées par des présentations du siège. L'indication de plastie est moins souvent portée.

./.

TECHNIQUES CHIRURGICALES

Nous allons rapidement décrire les différentes techniques d'utéroplasties pratiquées dans le cadre des malformations congénitales utérines. Dans notre série, la majorité d'entre elles ont été réalisées. Ces interventions sont différentes suivant le type anatomique de malformation.

Nous envisagerons successivement :

DIFFERENTES TECHNIQUES D'UTEROPLASTIES.-

* Groupe des hemi-utérus.-
  - Technique sans resection.
    . Intervention de Strassmann.
  - Avec resection.
    . Intervention de Granjon.

* Groupe des utérus cloisonnés.-
  - Technique sans resection.
    . Intervention de Bret-Palmer.
  - Avec resection.
    . Intervention de Strassmann modifiée.
    . Intervention de Mathieu Palmer.
    . Intervention de Telinde.
    . Intervention de Granjon.

INTERVENTIONS COMPLEMENTAIRES.-

- Plasties vaginales
- Plasties cervicales
- Isthmonaphie
- Cerclage du col

./.

DIFFERENTES TECHNIQUES D'UTEROPLASTIES.-

Groupe des hemi-utérus.-

A.- Technique sans resection musculaire.-

* Intervention de Strassmann. (fig. 1)

- Incision transversale au niveau du fond utérin allant d'une corne à l'autre (en descendant dans le sillon qui sépare les deux cornes) permet l'ouverture de la cavité.
- La suture est alors pratiquée dans plan sagittal (suture inversée) en trois plans musculo-musculaire.

B.- Techniques avec resection musculaire.-

* Intervention de Granjon. (fig. n° 2)

- Incision médiane permettant d'arriver dans la cavité. Puis deux incisions latérales, à droite et à gauche, permettent d'enlever deux tranches utérines, droite et gauche.
- Suture en trois plans.

Groupe des utérus cloisonnés.-

A.- Technique sans resection musculaire.-

* Intervention de Bret-Palmer. (fig. n° 3) description de Bret.

- Incision médiane sagittale au niveau du fond utérin, poursuivie jusqu'à ce qu'on découvre la cavité unique, séparant l'utérus en deux moitiés.

Les deux hemi utérus s'écartent largement et on découvre facilement de chaque côté de la cavité isthmique les deux hemicavités dont on vérifie la direction en glissant une sonde. Chaque hémi cavité est ouverte en incisant sur la sonde suivant l'axe médian de la tranche musculaire de bas en haut en partant de la cavité isthmique pour s'arrêter à 1,5 cm. environ de la séreuse. Les deux lignes d'incision forment un V dont la pointe est au

./.

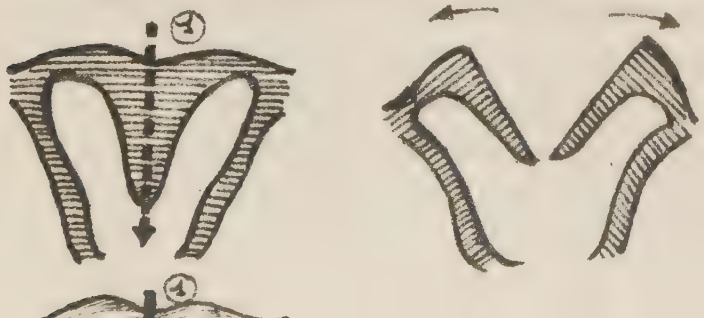
Fig. 1. Intervention de STRASS MANN.

Incision fundique transversale.

Suture contrariée Sagittale.

Fig. N° 2. Intervention de GRANJON

Fig. N° 3. Intervention de BRET.PALMER



centre de l'ancienne cavité isthmique.

Les lèvres s'écartent, ouvrant largement la cavité de chaque hemi-utérus. Cette éversion est suivie d'une rétraction presque complète de la saillie musculaire située à l'union des deux incisions verticales.

- Mise en place d'abord d'une sonde de Pezzer n° 16 après dilatation rétrograde du col. La partie libre est introduite dans le vagin puis amenée à la vulve.

L'affrontement doit être réalisé par une suture continue en trois plans nécessité d'une bonne coaptation des surfaces correspondantes. Chaque point doit être peu serré pour éviter les sections sous le fil qui multiplient les cicatrices transversales. Matériel de suture à résorption lente uniquement.

- Premier plan profond : musculo-musculaire par points en U horizontaux (catgut chromé n° 1) prenant toute l'épaisseur de la paroi musculaire et massant au ras de la muqueuse sans la traverser. Les ligatures ne sont faites que lorsque tous les points sont mis en place.
- Deuxième plan moyen (catgut chromé n° 1) également musculo-musculaire, un laçage en va-et-vient permet un affrontement continu.
- Troisième plan superficiel (catgut chromé n° 0). Plan sero-sereux.

A partir du troisième jour et jusqu'au dixième jour on instille par la sonde des corticoïdes associés aux antibiotiques.

B.- Techniques avec resection musculaire.-

* Intervention de Strassmann modifiée. (fig. n° 4).

- Incision transversale fundique s'arrêtant de chaque côté à distance de la zone du débouché des trompes, au niveau de la cavité. Les deux hemi cavités apparaissent alors séparées par une cloison médiane. On resèque la cloison inter-utérine sur toute sa hauteur.
- Suture utérine contrariée (plan sagittal) en trois plans.

./.

Fig. N° 4. Intervention de STRASSMANN (dans le cadre des utérus cloisonnés.)

Fig: N° 5 Intervention de MATHIEU PALMER.

Fig: N° 6 Intervention de TE LINDE

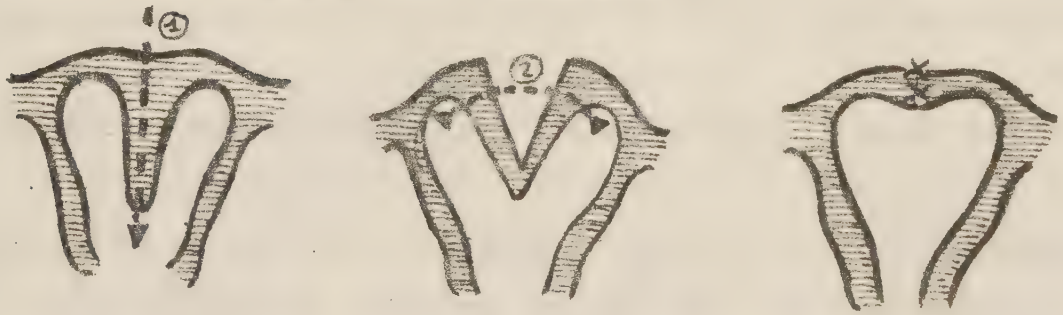


Fig: N° 7. Intervention de BRANJON

* Intervention de Mathieu Palmer. (fig. n° 5)

- L'incision curviligne antérieure, de l'insertion d'un ligament rond à l'autre (avec une flèche de 1,5 cm.), expose d'emblée la cloison et les deux cavités. La dilatation rétrograde des deux cavités aux bougies de Hegar, introduites par l'hystérotomie, permet d'étirer cette cloison et de la sectionner.
- Suture préalable de l'endomètre des utérus droit et gauche pour recouvrir la tranche de section du septum et éviter un accolement des faces antérieures et postérieures. Cette suture muco-muqueuse est souvent impossible au niveau de la partie basse de la cavité. Ensuite suture musculo-musculaire en deux plans.

Par rapport à l'intervention précédente cette plastie procure un jour meilleur sur la cavité (principalement lorsqu'il existe une implantation large de la cloison) et réduit le risque de blessure de la portion interstitielle des trompes.

* Intervention de Te Linde. (fig. n° 6)

- Incision sagittale (longitudinale) des parois antérieure et postérieure suivie de l'excision de l'éperon en respectant sa base fundique.
- Suture des parois en trois plans.

* Intervention de Granjon. (fig. n° 7)

- Incision sagittale au niveau du fond, section médiane totale de l'éperon - puis incision en V dont les deux branches passent de chaque côté de l'éperon (resection totale de l'éperon y compris de sa base).
- Suture en trois plans des deux tranches utérines.

INTERVENTIONS COMPLEMENTAIRES.-

. La cloison vaginale peut être sectionnée en sa partie médiane ou reséquée totalement en pratiquant une incision au niveau de son implantation vaginale (antérieure et postérieure).

./.

Cette intervention est justifiée car la cloison peut perturber les rapports, diminuer les chances de fécondation, enfin être à l'origine de dystocies au moment de l'accouchement.

. Plasties cervicales, dans certains cas on est amené à associer une plastie cervicale, réalisée par voie basse, se proposant d'unifier le canal cervical par resection de la cloison.

. Isthmorraphie par avivement, Palmer attache une importance toute particulière aux incontinences cervico-isthmiques et pratique dans de nombreux cas une isthmorraphie par avivement.

- l'incision du pli vésico-utérin permet d'exposer la face antérieure de l'isthme et de la portion supra vaginale du col.

Incision verticale sur 25 mm. environ mordant en haut sur le corps utérin, en bas sur le col et ouvrant la cavité utérine. Excision sur chaque berge d'un croissant enlevant à la partie moyenne près de 2/3 de la berge correspondante. Suture en deux plans.

Dans le cadre de ces malformations utérines de nombreux auteurs rencontrent rarement une incontinence cervico-isthmique associée et dans ces cas ils préfèrent pratiquer pendant la grossesse un cerclage du col.

. Cerclage du col.-

Un fil non résorbable de gros calibre est placé à quelques millimètres au-dessous de l'insertion cervico-vaginale, passant, par une série de setons successifs, dans les couches superficielles de la musculature du col. Entre chaque point de pénétration, le fil, sur un segment plus ou moins long est apparent. Les chefs, noués en arrière, sont coupés longs pour faciliter leur saisie et ablation lors du début du travail.

./.

INCIDENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICALES DES INTERVENTIONS DE TYPE STRASSMANN

Nous venons de voir les différentes techniques chirurgicales capables de donner aux cavités malformées un profil se rapprochant le plus possible de la normale. Envisageons maintenant les différentes modifications apportées, sur le plan gynécologique et obstétrical surtout, par ces interventions.

Nous suivrons le plan suivant :

I - INCIDENCES GYNECOLOGIQUES.-

* Douleurs pelviennes
* Dysménorrhée hématocolpos
* Stérilité primitive

II - INCIDENCES OBSTETRICALES.-

* Avortements
* Accouchements prématurés
* Accouchements à terme
* Mortalité foetale
* Présentations foetales
* Autres incidences obstétricales
  - mode d'accouchement
  - complications au cours du travail
  - complications pendant la délivrance
* Incidences sur le plan foetal

./.

I - INCIDENCES GYNECOLOGIQUES.-

Dans trois cas seulement nous avons posé une indication chirurgicale pour des complications d'ordre gynécologique. Dans tous les cas nous observons une amélioration certaine.

Douleurs pelviennes.-

Observation n° 3, l'intervention amène une disparition totale de ces douleurs.

Dysménorrhées hématocolpos.-

Symptome observé dans l'observation n° 12 traduisant une agenésie vaginale droite. Une plastie fut pratiquée au niveau du vagin et de la cavité utérine. Les résultats sur le plan fonctionnel et obstétrical furent excellents.

Stérilité primitive.-

Cas de Mme Pog..., obs. n° 9. Un bilan s'était révélé strictement normal. La resection de la cloison n'apporte aucune modification, seule une intervention de Strassmann permit secondairement le développement normal d'une grossesse.

Comme nous l'avons déjà signalé les incidences gynécologiques des malformations utérines sont peu importantes et relèvent rarement d'une thérapeutique chirurgicale. Cependant lorsque l'indication est bien posée les résultats peuvent être satisfaisants. Nous verrons dans un chapitre ultérieur la conduite à tenir vis-à-vis de ces incidences.

II - INCIDENCES OBSTETRICALES.-

Nous allons analyser en particulier l'influence des plasties utérines sur les possibilités d'évolution des grossesses.

Avortements.-

Nous allons présenter un tableau comparant les chiffres avant et après l'intervention chirurgicale.

Dans notre série, on relève 92,3 % d'avortements avant l'intervention et seulement 4,3 % après. Ces chiffres particulièrement

./.

optimistes sont retrouvés cependant dans les différentes statistiques.

% d'avortements	Notre série	Genell	Ed.Strassmann
Avant l'intervention	92,3	90,3	70
Après l'intervention	4,3	9	12

Nous voyons que l'incidence la plus néfaste des malformations utérines est pratiquement supprimée par les plasties utérines de type Strassmann, qui, nous allons le voir permet un développement sensiblement normal des grossesses.

Accouchements prématurés.-

Contrairement aux autres publications nous observons un nombre relativement important d'accouchements prématurés, le poids des enfants est cependant compris entre 2,5 kgs. et 3 kgs.

% d'accouchements prématurés	Notre série	Genell	Strassmann
Avant l'intervention	7,6	6	15,3
Après l'intervention	26	14,8	0

Si Strassmann ne trouve aucun cas d'accouchements prématurés, par contre Genell en relève un taux de 14,8 %.

Accouchements à terme.-

Nous remarquons la fréquence importante de grossesses évoluant normalement jusqu'au terme prévu.

./.

% accouchement à terme	Notre série	Genell	Strassmann
Avant l'intervention	0	3,1	3,7
Après l'intervention	52	76,2	85,6

"Mortalité" foetale.-

% des décès foetaux	Notre série	Genell	Strassmann Eo.
Avant l'intervention	94,9	97	
Après l'intervention	8,7	7	14

Ce tableau nous permet d'objectiver l'influence favorable et l'intérêt des plasties utérines en ce qui concerne la viabilité foetale. Dans notre série avant l'intervention dans 94,9 % des cas il y avait mort foetale, après l'intervention les pourcentages sont inversés, en effet, dans 91,3 % des cas on obtient des enfants vivants.

Présentations foetales.-

Dans l'ensemble le mode de présentation se rapproche de la normale avec 81 % de présentation céphalique contre 35 % dans la série présentée par Dumont avant toute intervention (série non sélectionnée).

Présentation %	Notre série Après intervention	Dumont Avant intervention
Céphalique	81 %	35 %
Siège	14,3 %	51 %
Transversales	4,7 %	13 %

./.

AUTRES INCIDENCES OBSTETRICALES.-

A.- Mode d'accouchement.-

Les accouchements, après Strassmann, le plus souvent se déroulent normalement. On note cependant un taux élevé de césariennes qui se situe entre 14 et 23 %. Dans notre série le taux est particulièrement élevé 68 %. Ce chiffre n'est pas la traduction de dystocies majeurs, mais le reflet d'une certaine prudence en ce qui concerne la solidité de ces utérus cicatriciels. Actuellement ce doute est totalement dissipé, certain de la résistance parfaite de ces cicatrices, la voie basse, en dehors de toute dystocie, demeure la voie habituelle.

	Notre série	Genell	Strassmann
Accouchements spontanés	27,3 %	69 %	) 86 %
Manoeuvres obstétricales	4,7 %	8 %	)
Césariennes	68 %	23 %	14 %

B.- Complications au cours du travail.-

* Lenteur du travail : dans un cas seulement nous avons observé un travail particulièrement lent.

* Placenta Praevia : Genell l'observe dans 3,8 % des cas, dans notre série le placenta était normalement inséré sauf dans un cas : placenta recouvrant.

* Rupture utérine : comme Eo. Strassmann nous relevons aucune rupture utérine. Dans de nombreux cas, nous avons pu, au cours de césarienne ou délivrance artificielle, explorer la région cicatricielle qui s'est avérée chaque fois normale.

De nombreux auteurs pensent qu'on peut faire pleinement confiance aux cicatrices de Strassmann, contrairement à celle des césariennes qui se font dans des conditions biologiques différentes. L'accouchement par voie basse doit être en dehors de toute

./.

dystocie la règle générale.

C.- Complications pendant la délivrance.-

Les seules délivrances artificielles que nous avons pratiquées le furent de manière systématique après application de forceps pour éviter les efforts expulsifs.

Dans un cas cependant la délivrance pratiquée au cours d'une césarienne permit de noter une adhérence de placenta plus importante que normalement au niveau de la cicatrice.

D.- Sur le plan foetal.-

Nous avons vu l'influence plus que favorable des plasties utérines en ce qui concerne la viabilité qui est de 91,3 %. Résultat d'autant plus satisfaisant qu'avant l'intervention ce taux était seulement de 5,1 %.

Les enfants à la naissance ayant un poids de plus de 3 kgs. dans 66 % des cas (contre 12 % des cas avant l'intervention Fenton).

Les résultats que nous venons de présenter montrent que les cavités ainsi transformées, acquièrent une capacité obstétricale normale permettant le développement très proche du terme de la majorité des grossesses (taux d'avortements inférieur à 5 % des cas) et des accouchements eutociques d'enfants viables (dans 91,3 % des grossesses).

Il est difficile d'apprécier si tel type d'intervention a une incidence particulière sur les résultats post-opératoires. Dans la majorité des publications nous retrouvons des résultats aussi favorables dans l'ensemble que les nôtres.

Au terme de cette étude il nous reste à définir qu'elle est la conduite à tenir vis-à-vis des malformations utérines.

./.

CONDUITE A TENIR VIS A VIS DES MALFORMATIONS UTERINES

Envisageons la conduite à tenir vis-à-vis des différentes incidences d'ordre gynécologique et obstétrical avant et après utéro-plastie.

PROBLEMES D'ORDRE GYNECOLOGIQUE.-

- Dysménorrhées
- Stérilité primitive
- Dyspareunie

PROBLEMES D'ORDRE OBSTETRICAL.-

- Malformations utérines et grossesses
- Interruptions de grossesses
  * indication opératoire
  * choix du type d'intervention
  * grossesse après utéroplastie

./.

PROBLEMES D'ORDRE GYNECOLOGIQUE.-

Deux problèmes principaux sont posés : les dysménorrhées et les stérilités.

- Les dysménorrhées.-

Dans le cadre des malformations utérines la dysménorrhée peut être isolée ou traduire soit une endométriose, soit une rétention sanguine.

. Les caractères particuliers de la douleur et de l'examen permettent le plus souvent de porter le diagnostic de rétention sanguine (hématocolpos ou hématométrie).

Lorsqu'il existe une agenésie vaginale avec hématocolpos on pratique une plastie vaginale associée à une utéroplastie si l'hémicorps hormolatéral est normal.

Dans le cas d'hématométrie avec agenésie de l'hémicorpss on pratique une hemi-hystérectomie.

. Dans les autres cas, devant l'importance du trouble fonctionnel et l'inefficacité du traitement médical on est amené à pratiquer une utéroplastie associée plus ou moins à une resection du nerf pré-sacré et à la cure d'une endométriose éventuelle.

- Stérilités primitives.-

Les stérilités primitives impliquent la mise en oeuvre d'un bilan complet. L'incidence possible des malformations utérines n'est retenue que lorsque le bilan clinique et paraclinique est strictement normal.

Dans un premier temps on pratique une resection de la cloison vaginale associée plus ou moins à une dilatation cervico-isthmique; par ailleurs, un traitement symptomatique médical est institué.

Dans un deuxième temps, seulement, devant la persistance de la stérilité une plastie utérine est alors pratiquée.

./.

- Dyspareunie.-

Ce symptome peut traduire la présence d'une cloison vaginale et dans ce cas implique un bilan gynécologique pour dépister une malformation utérine associée. La resection complète de la cloison fait disparaître ce phénomène douloureux.

PROBLEMES D'ORDRE OBSTETRICAL.-

- Malformations utérines et grossesses - Conduite à tenir.-

Si l'on considère les malformations utérines en général nous voyons qu'un bon nombre (25 - à 40 %) permettent le développement sensiblement normal d'une grossesse, ne nécessitant pas de plastie utérine.

* Pendant la grossesse : il est nécessaire d'en surveiller de très près l'évolution sur le plan obstétrical et hotmonal afin de diagnistiquer et de traiter une menace d'avortement.

* L'accouchement devra se passer en milieu obstétrical spécialisé. En effet, dans ces cas-là, nous avons vu la fréquence des accouchements prématurés, des présentations anormales, des troubles de la dynamique du travail nécessitant de nombreuses manoeuvres obstétricales, le plus souvent sur des enfants fragiles expliquant l'importance de la mortalité foetale (per et post natale).

. C'est pour cette raison que la moindre dystocie pendant le travail implique une césarienne.

. Dans les cas où l'accouchement évolue par voie basse une surveillance accrue pendant le travail s'impose. Assez souvent la dyhamique normale du travail est perturbée. L'épreuve du travail devra faire rapidement la preuve de son efficacité, dans le cas contraire, il vaut mieux césariser la malade plutôt que de prolonger cette épreuve et de pratiquer des manoeuvres obstétricales, toujours nocives pour les enfants particulièrement fragiles.

./.

Lorsqu'il existe une cloison vaginale on pratique toujours une section médiane surtout quand elle est incomplète (la resection étant faite ultérieurement).

La surveillance de la délivrance devra être importante également car il existe un risque de rétention placentaire (adhérences, enchatonnement).

- Conduite à tenir vis-à-vis des interruptions de grossesse.-

1.- Les interruptions précoces de grossesse dans le cadre des malformations utérines impose un double bilan.-

Tout d'abord à la recherche d'une étiologie associée, tel qu'une insuffisance hormonale, une incontinence cervico isthmique, une hypoplasie..., pouvant bénéficier d'un traitement spécifique.

Ensuite une étude précise de la malformation utérine dont on déterminera le type anatomique (HSG - Coelio) et le contexte malformatif, sans oublier de vérifier la perméabilité tubaire.

2.- Le problème d'une plastie utérine se pose alors.-

La découverte d'une malformation n'impose pas systématiquement un acte chirurgical, en effet, bon nombre sont compatibles avec l'évolution d'une grossesse.

Certaines cependant ont une incidence obstétricale particulièrement néfaste, dans ces cas-là nous avons vu l'amélioration importante apportée par les plasties utérines et leur inocuité. Le tableau suivant nous rappelle l'efficacité de ces interventions :

% d'avortements	Notre Série	Genell	Strassmann
Avant l'intervention	92,3	90,3	70
Après plastie	4,3	9	12

./.

3 - Il est donc important de bien poser l'indication opératoire.-

- Nous pensons qu'une plastie utérine doit être envisagée en général : après deux avortements successifs d'âge identique (précoces). La deuxième interruption étant survenue malgré une surveillance intense et un traitement médical bien conduit. Enfin lorsqu'il n'existe pas d'autre étiologie associée capable de favoriser les avortements et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique.

- Il faut tenir compte également du contexte et cette position générale peut être modifiée :

* L'intervention sera d'autant plus précoce qu'il existe une séparation partielle de la cavité utérine, principalement dans le cas d'un cloisonnement (utérus cloisonné corporéal, utérus sub-septus); lorsque les gestantes ont plus de 30 ans, des grossesses espacées, avec retentissement psychique important, enfin lorsqu'un problème gynécologique provoque un retentissement fonctionnel ou organique important.

Dans tous ces cas si la première grossesse a été bien suivie et interrompue malgré un traitement médical énergique, un bilan ayant éliminé une cause associée, on peut envisager une plastie utérine après seulement un avortement.

Connaissant l'intérêt et l'inocuité des plasties utérines cette intervention, après seulement un avortement, est justifiée, vue l'incidence particulièrement néfaste d'une séparation partielle de la cavité utérine ceci d'autant plus qu'il survient dans un contexte défavorable. Genell également pratique dans certains cas les plasties après une interruption de grossesse.

* Plus rarement on retardera l'intervention lorsqu'il existe une cause associée pouvant bénéficier d'un traitement spécifique. Egalement dans les cas où la séparation de la cavité utérine est totale (surtout utérus didelphe, speudodidelphe, utérus unicorne), survenant chez une femme jeune avec retentissement psychique peu

./.

important.

* Enfin dans deux cas particuliers l'intervention est contre indiquée :

- cas d'une agenésie complète ou partielle d'un hemi corps.

- lorsqu'une malformation même importante a une incidence clinique minime.

4.- L'intervention est pratiquée six mois après la dernière fausse couche.-

En dehors des modifications biologiques de la grossesse les cicatrices utérines sont plus résistantes.

5.- Une fois l'indication opératoire posée, il reste à définir le type d'intervention.-

* Dans le cas d'hémi utérus, il est préférable de pratiquer une utéroplastie sans resection de type Strassmann.

* Dans le cas des utérus cloisonnés :

- lorsque la cloison est peu importante il est facile de réaliser une intervention de type Mathieu Palmer.

- dans les cas où l'implantation fundique de la cloison est large on choisira plutôt une intervention de type Bret-Palmer.

6.- Précautions à prendre au cours des grossesses survenant après une plastie utérine.-

. Tout d'abord pendant les six mois qui suivent l'intervention il est préférable d'interdire toute grossesse.

. Pendant la grossesse, il est nécessaire de surveiller régulièrement sur le plan obstétrical et hormonal son évolution et d'instituer plus ou moins un traitement.

. Pendant l'accouchement, la voie basse demeure la voie habituelle.

./.

Un certain nombre de précautions doivent être respectées :

- il ne faut pas déclencher le travail qui doit être conduit avec prudence (surveillance accrue de son évolution). Les ocytociques sont formellement interdits, de même que l'expression abdominale au moment de l'expulsion.
- une application systématique de forceps permet de supprimer les efforts expulsifs. Une délivrance artificielle est alors pratiquée suivie d'une revision utérine (appréciant les caractères de la cicatrice - recherche d'une déhiscence).
- seulement dans les cas où il existe une dystocie on pratique alors une césarienne. Ces utérus cicatriciels ayant fait la preuve de leur résistance on pratique actuellement un nombre moins important de césariennes.

Nous venons de dégager la conduite à tenir vis-à-vis des malformations utérines. Lorsque l'indication opératoire est correctement posée les résultats en sont particulièrement favorables. Les cavités ainsi modifiées acquièrent une capacité obstétricale normale permettant dans la majorité des cas le développement de grossesse à terme et d'accouchements eutociques d'enfants vivants.

Devant l'efficacité et l'inocuité de ce type d'intervention l'indication opératoire doit être posée rapidement.

Vu : Le Président de Thèse,
A. PONTONNIER.

Vu et permis d'imprimer :
A TOULOUSE, le 27 Mai 1971
Le Président du Conseil de l'Université :
L. LARENG.

./.

- B I B L I O G R A P H I E -

BRET (AJ) - Avortements à répétition. Hystéro plastie sans resection musculaire dans la bifidité utérine.
Bull. Féd. Gynec. Obst. Fr., 14, n° 2, Fév. 1962, p. 112-119.

DUBEC (JP) - Conséquences obstétricales des cicatrices utérines et des lésions acquises du col.
E.M.C. Obst., 4, 1971, 5062 A[10]

DUMONT (M) - CARTAULT (P) - Conséquences obstétricales des malformations utérines.
Lyon Méd. 1954, n° 46, Nov. (p.401-425).

GAILLOT (P) - Contribution à l'étude des bifidités de l'utérus. Etude anatomoclinique, radiologique et thérapeutique à propos de 61 observations.
Thèse Lyon 1962.

GENEL (S) - SJOVALL (A) - The Strassmann operation. Results obtained in 58 cases.
Acta Obst. Gynec. Scand. 38, 1959 (477-486).

GRANJON - L'opération de Strassmann.
Bull. Méd. 67, Ier au 15 juillet 1953 (p. 347-352).

GUILHEM - PONTONNIER (A) - MONROZIES - ESPAGNO (G) - L'expérience de la C.O. et du service de gynécologie des Hôpitaux de Toulouse en matière d'avortements à répétition.
Rev. Fr. Gy. Obst., Janv. Fév. N° 1 et 2.

ISAPOFF - Indications et résultats de l'opération de Strassmann.
Thèse Paris 1961, n° 916.

MACENDI - Avortements à répétition et utérus cloisonnés.
Rev. Fr. Gy. Obst. 1966, n° 1 et 2. ./.

MATHIEU (J) - Opération de Strassmann dans la chirurgie des malformations utérines.
Rev. Fr. Gynec., 54, n° 9 et 10, 1959, 615-638.

MAYER - Plastie utérine de type Strassmann après étude angiographique.
Bull. Fed. Gynec. Obst. Fr., 7, n° 1, 1955, 29-35.

MUSSET (R) - Nécessité d'une classification globale des malformations utérines.
Rev. Fr. Gynec. 1967, 66, (2), p. 145-166.

PALMER (R) - Le traitement chirurgical des avortements récidivants par bifidité utérine.
Bull. Féd. Gynec. Obst. Franc. 14, n° 2, Fév. 1962, p.107-112.

PLISSON (F) - A propos de la classification des malformations utérines.
Thèse Paris 1964, n° 391.

STRASSMANN (Ed.) - Plastie unification of double uterus. A Study of 123 Collected and 5 personal cases.
Amer. J. Obst. and Gynec., 64, Juil. 1952 (p. 25-37).

Hypoplasie et malformations congénitales de l'appareil génital interne de la femme.
Assise Franc. de Gynec. (XXIIème) Masson 1964.

=========